



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**ANA CAROLINA CUNHA
LARISSA GRACIELE DE OLIVEIRA DE CARVALHO**

**REDE AMAMENTA BRASIL: PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS/SC SOB A ÓTICA
DOS TUTORES**

FLORIANÓPOLIS

2012

**ANA CAROLINA CUNHA
LARISSA GRACIELE DE OLIVEIRA DE CARVALHO**

**REDE AMAMENTA BRASIL: PROCESSO DE
IMPLANTAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS/SC SOB A ÓTICA
DOS TUTORES**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II (INT 5162)
do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a. Evanguelia Kotzias
Atherino dos Santos

FLORIANÓPOLIS

2012

APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

**ANA CAROLINA CUNHA
LARISSA GRACIELE DE OLIVEIRA DE CARVALHO**

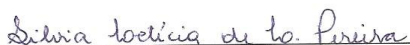
REDE AMAMENTA BRASIL: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS/SC SOB A ÓTICA DOS TUTORES

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

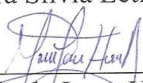
Banca Examinadora



Professora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos



Enfermeira Silvia Letícia L. Pereira



Enfermeira Maria de Jesus Hernández Rodrigues

Florianópolis, 06 de julho de 2012

PARECER FINAL DO ORIENTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 - 3721.9399 Fax (048) 3721.9787

DISCIPLINA: INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II PARECER FINAL DA ORIENTADORA SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **"REDE AMAMENTA BRASIL: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS/SC SOB A ÓTICA DOS TUTORES"** de autoria das acadêmicas **Ana Carolina Cunha e Larissa Graciele de Oliveira de Carvalho**, cumpre no meu entender, de maneira exemplar o último dos requisitos para a obtenção do título de Enfermeiro. Apresenta-se adequadamente estruturado, bem redigido, com sequência lógica, coerência, consistência de conteúdo teórico-metodológica e de interpretação. O tema abordado no estudo é extremamente relevante e atual, trazendo contribuições importantes para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno direcionadas à rede de atenção básica. Parabenizo as acadêmicas pela maneira primorosa, dedicada, ética e responsável com que conduziram o estudo.

Professora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Orientadora

Florianópolis, 02 de julho de 2012

Agradecimentos

Agradecemos a Deus por nos guiar e abençoar durante esta jornada de formação e aprendizado e aos nossos pais pelo apoio, paciência e o carinho que investiram em nós, sempre acreditando em nosso potencial e nos ensinando qual o melhor caminho a seguir.

Somos gratas aos nossos irmãos e demais familiares, amigos e companheiros por estarem conosco nas horas boas e difíceis, compreendendo a nossa ausência nos momentos em que este Trabalho de Conclusão de Curso exigia a nossa atenção e dedicação integral.

Nosso reconhecimento ainda a toda a equipe do Centro de Saúde da Costeira do Pirajubaé que nos receberam e acolheram durante o período de estágio compartilhando momentos e saberes que não serão esquecidos.

Às nossas supervisoras de estágio, as enfermeiras Rosângela Zerbielli e Sílvia Letícia de Lima Pereira que muito carinhosamente guiaram nossos passos e nos mostraram o melhor caminho a seguir para nos tornarmos, assim como elas, grandes enfermeiras.

À enfermeira mestranda Maria de Jesus Hernandez Rodriguez, obrigada pela contribuição e conhecimento partilhado durante o momento mais difícil deste semestre, a conclusão do nosso Trabalho de Conclusão de Curso.

Por fim, com muito carinho, respeito e admiração registramos nossa gratidão à Professora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, nossa orientadora, que abraçou a nossa causa desde o dia em que a convidamos para nos orientar. Nos ensinou a confiar em nós mesmas e que no decorrer do trabalho foi uma amiga que soube nos acalmar nos momentos de dificuldades, angústias e dúvidas.

Agradecimentos de Ana Carolina

Agradeço especialmente a Deus, por seu amor sem limites, pelas bênçãos, e por nunca me desamparar, obrigada por sempre me apontar o caminho da verdade e da luz.

Agradecimento não menos especial a minha mãe Sílvia Serafim da Luz, que foi e sempre será minha verdadeira inspiração, e que além de possuir um coração imenso, uma generosidade infinita, teve ainda paciência nos meus momentos mais difíceis. Obrigada mãe, sem você o meu mundo não teria o mesmo brilho e eu com certeza não estaria aqui dedicando a realização deste sonho à você.

Ao meu pai Amantino José Cunha (In memorian), que nos poucos momentos que esteve ao meu lado, me incentivou e me apoiou a seguir pelo caminho trilhado até aqui. Amo-te e nunca me esquecerei de você.

Ao meu noivo Júnior Pedro Vitória pela compreensão e pelo carinho, e que, com sabedoria sempre me incentivava a crescer e superar as minhas próprias expectativas. Obrigada por se mostrar um grande parceiro.

A minha irmã querida Simone Cristina da Luz e à toda a minha especial família, obrigada pelo incentivo, pelo carinho, pela generosidade e pelos momentos compartilhados.

Meus sinceros agradecimentos a minha amiga e parceira de TCC, Larissa Graciele de Oliveira de Carvalho, que esteve ao meu lado desde o meu ingresso na UFSC e hoje conclui comigo a primeira etapa de um sonho, obrigada pela paciência, pelo apoio, pela dedicação, enfim...pela amizade.

Obrigada à querida orientadora Evangelina Kotzias Atherino dos Santos sempre gentil e amável, muito obrigada por seu empenho, orientações e contribuições, que direcionaram o nosso pensar, favorecendo não apenas a conclusão do TCC, como também à nós mesmas enquanto futuras enfermeiras.

Agradeço também a generosidade de todos os profissionais do CS- Costeira do Pirajubaé, que tão bem nos receberam, em especial a Enfa. Supervisora Sílvia Letícia de Lima Pereira, que muito colaborou para o meu crescimento e aprendizado.

Por fim, dedico à realização deste sonho e ao início de uma longa caminhada à todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a minha, tão sonhada, formação profissional.

Agradecimentos de Larissa Graciele

Acima de tudo a Deus, pai misericordioso que sempre está ao meu lado e por me privilegiar de exercer uma profissão magnífica.

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso agradeço a todos de coração.

A minha querida mãe Vera Lucia Silvia de Oliveira (in memorian), que enquanto esteve pessoalmente ao meu lado sempre me incentivou a estudar, se dedicou para que eu pudesse seguir pelo caminho trilhado até aqui. Mãe eu te amo, sempre me lembrarei de você.

Ao meu pai Gilberto Felipe Simões de Carvalho, minha corrente forte que jamais partirá. Sua mão amiga que me acalenta, dá força e guia-me. É com grande alegria e gratidão que dedico esta minha vitória a você pai, que me possibilitou todo suporte seja ele emocional ou financeiro, no decorrer de minha vida acadêmica.

À minha irmã Camila Gisele de Oliveira, por estar sempre presente, na minha vida desde o início da graduação até a conclusão deste trabalho, sempre estando ao meu lado me apoiando e me incentivando a

continuar e compartilhando comigo os momentos, de perdas, de vitórias e de angústias da vida pessoal e da formação profissional. Amo-te. A cada dia nos tornamos mais amigas. Não é mana?

Agradeço aos meus tios e primos, pelos momentos de alegria e paz que me proporcionaram, por todo o amor e carinho por que sempre me trataram e acolheram. Aos meus avôs Enio de Oliveira e Ondina Silva de Oliveira que com muito amor e carinho auxiliaram minha mãe na minha educação ensinando o sentido do respeito e da honestidade. Amo muito vocês.

À minha supervisora de campo Enfermeira Sílvia Leticia, pelas escutas, acolhimento e compreensão, pelos ensinamentos compartilhados e dedicação nas supervisões de campo, por seu olhar inovador e competência e por contribuir no meu crescimento pessoal e profissional através dos momentos de reflexão proporcionados. Você é especial!

Agradeço em especial a professora orientadora desse trabalho, Dr^a Enf^a Evangelina Kotzias Atherino dos Santos, que com muita dedicação, paciência e comprometimento me supervisionou no período de estágio e me orientou na construção deste trabalho. Obrigada por contribuir na formação acadêmica de minha mãe e agora a minha. A senhora é maravilhosa!

À minha amiga Ana Carolina Cunha, pelos incansáveis momentos dedicados a nossa pesquisa, por estar presente em distintos e importantes momentos da minha graduação e de minha vida, tornando-se assim mais que uma amiga, uma irmã.

Ao mais novo integrante da minha vida Lucas Gabriel de Oliveira Goularte, você foi chegando e se apossando do meu coração para sempre. Agradeço a Deus a sua presença em minha vida, agradeço por me dar o privilégio de participar da sua vida. A tia-dinda te ama.

Agradeço as minhas supervisoras de estagio extracurricular, Rochele, Ingrid, Jaqueline e Elaine, pela forma como me acolheram e pela sua disponibilidade em me supervisionar.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todos os tutores da Rede Amamenta Brasil que nos ensinaram a apoiar e valorizar ainda mais o Aleitamento Materno, a amar mais a vida, a compreender as particularidades de cada ser, de cada família e a respeitar o ser humano.

Com elas aprendemos ainda, que apesar das dificuldades e das barreiras culturais que envolvem a amamentação, ainda é possível promover esta prática contribuindo para diminuir ainda mais os índices de mortalidade materno-infantil na nossa cidade.

ARTE DA AMAMENTAÇÃO

Há um mistério insondável

nesse encontro de olhares.

Mãe e filho.

Amamentação.

Ato de suprema entrega.

Momento de divina doação,

entrelaçando doces e infindos

desejos, sem identificação de um único.

Harmonia plena...ternura...ardor.

Inconsciente integração

do inexplicável,

que se traduz na similaridade

do Divino Amor.

(Alice Capel)

CUNHA, A. C.; CARVALHO, L. G. O. **Rede Amamenta Brasil: processo de implantação em Florianópolis/SC sob a ótica dos tutores**. 2012. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Orientadora: Prof^a. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

RESUMO

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva com o objetivo geral de avaliar o processo de implantação da Rede Amamenta Brasil na cidade de Florianópolis, SC sob a ótica dos tutores. Foram entrevistados 22 profissionais de nível superior que atuam como tutores da RAB. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada (gravada), no período de 16 de abril a 11 de maio de 2012. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, da qual emergiram três categorias: conhecendo as potencialidades no processo da implantação, identificando fragilidades no processo de implantação e apontando soluções para o fortalecimento da Rede Amamenta Brasil, o que possibilitou a compreensão da RAB como política pública de Saúde neste município. Os resultados são apresentados sob a forma de um manuscrito. Os sujeitos do estudo relatam suas experiências e vivências em AM, sua atuação como tutoras da rede, assim como apontam as fragilidades e potencialidades da RAB. Observou-se que a sensibilização dos profissionais das UBS encontra-se aquém do julgado necessário para o fortalecimento da implantação da RAB em Florianópolis, sendo assim, vê-se que esta deve ser reparada afim de que este propósito seja possível. Conclui-se que a falta de capacitação e sensibilização nas UBS direciona para a necessidade de maior envolvimento dos profissionais acerca da importância da RAB.

Palavras-chave: Amamentação, Aleitamento Materno, Enfermagem, Incentivo ao Aleitamento Materno, Rede Amamenta Brasil, Tutor, Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AM - Aleitamento Materno

ENPACS - Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IUBAAM - Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

IUBAC - Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RAB – Rede Amamenta Brasil

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	15
1.2 OBJETIVOS.....	16
1.2.1 Objetivo geral.....	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 AMAMENTAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS.....	17
2.2 PROMOÇÃO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	19
2.3 A REDE AMAMENTA BRASIL.....	22
2.4 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESF VISANDO A PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO.....	29
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	31
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
3.4 COLETA DE DADOS.....	33
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1 MANUSCRITO - REDE AMAMENTA BRASIL: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS/SC SOB A ÓTICA DOS TUTORES.....	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A - Roteiro Semiestruturado	74
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
ANEXO A - Aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).....	81
ANEXO B - Aprovação da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde de Florianópolis.....	82

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade (BRASIL, 2009a).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, para a população em geral, que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade. Depois dos seis meses, com o objetivo de suprir suas necessidades nutricionais, a criança deve começar a receber alimentação complementar segura e nutricionalmente adequada, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade - ou mais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2003).

Para fazer com que as mães consigam amamentar exclusivamente, até os seis meses, a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) recomendam ainda: 1) iniciar a amamentação nas primeiras horas de vida da criança; 2) amamentação exclusiva, ou seja, o lactente receber apenas leite materno, sem nenhum outro alimento ou líquido, nem mesmo água; 3) que a amamentação aconteça sob livre demanda, ou seja, todas as vezes que a criança quiser, dia e noite; 4) não usar mamadeiras nem chupetas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2003).

Estudos realizados no Brasil e no mundo evidenciam que a amamentação ajuda a prevenir tanto a desnutrição como a obesidade, além de doenças como a diarreia e infecções respiratórias, que são causas importantes de mortalidade infantil (WENZEL; SOUZA, 2011). No entanto, o país ainda está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e Ministério da Saúde (MS) de Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida, representando assim, um grave problema de saúde pública.

Vários trabalhos sobre AM, com representatividade nacional da população, foram realizados no Brasil possibilitando acompanhar a situação da amamentação no país. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal,

mostrou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009b). A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009b).

A II Pesquisa de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, mostrou ainda que Belém se destaca com a maior prevalência em AM exclusivo (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). Por outro lado, a menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%) (BRASIL, 2009b).

A Política Nacional de Aleitamento Materno atualmente está organizada em seis braços estratégicos: estando no centro desta estratégia, a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que tem como vertentes: (1)- o Incentivo ao Aleitamento Materno na *Atenção Básica* que é feito por intermédio da *Rede Amamenta Brasil*; (2) - na *Atenção Hospitalar* que conta com duas iniciativas que tem contribuído para aumentar os índices de aleitamento materno: a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (IHAC) e o *Método Canguru*; (3) - entre as principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno figura a *Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano* (BLH), a maior e mais complexa do mundo, com 271 unidades; (4)- Com relação à *Proteção Legal ao Aleitamento Materno*, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do leite materno; (5)- Entre as *Ações de Mobilização Social* realizadas, destaca-se a Semana Mundial de Amamentação, comemorada desde 1992 com ampla participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade; (6) - Um importante componente da política pública de Incentivo ao Aleitamento Materno é o *Monitoramento* tanto das ações como das práticas de amamentação no país (ALENCAR, 2008; ARAUJO et al., 2006; FIOCRUZ, 2012; BRASIL, 2009c).

Percebendo a importância mundial do AM e considerando os avanços na cidade de Florianópolis referente às políticas públicas de saúde destinadas a esta prática, optamos por trabalhar com a estratégia que incentiva o AM na atenção básica (AB): a **Rede Amamenta Brasil (RAB)**.

A RAB, criada através da Portaria MS/GM nº 2.799 em 2008 (BRASIL, 2011a), e lançada em Florianópolis em 2009, é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM que interliga Unidades Básicas de Saúde (UBS), secretarias municipais e estaduais de saúde, o

governo federal e a sociedade com o propósito de revisar e atualizar o trabalho interdisciplinar nas UBS.

Nos últimos 35 anos, esforços consideráveis vêm sendo empreendidos no Brasil e muitas ações foram desenvolvidas na tentativa de resgatar a cultura da amamentação. Ressalta-se que a maior parte das ações de incentivo ao AM estavam mais voltadas para o âmbito hospitalar. No entanto, ainda que isoladamente, iniciativas voltadas para o apoio do AM na AB foram realizadas em várias cidades brasileiras. Apesar dessas experiências municipais de promoção do AM na atenção básica, percebia-se a necessidade de implantação de uma estratégia em âmbito nacional de incentivo ao AM na atenção básica. Por isso, concordamos com Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) ao dizer que a RAB deve contribuir para a Educação Permanente em Saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais.

Reconhecendo que em Florianópolis os índices de mortalidade materno-infantil têm alcançado padrões de países de primeiro mundo, e que os órgãos públicos não têm medido esforços para incentivar o AM, fez-se ainda necessário implantar novas políticas públicas de saúde que valorizassem o AM, especialmente na AB. Acreditamos que a RAB possui os elementos necessários para incentivar e promover o aleitamento materno, auxiliando mães, bebês e suas famílias nesse processo.

1.1 Justificativa

Como acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, nos questionamos como se dá o processo de implantação da RAB, sendo esta uma estratégia tão recente em Florianópolis. O nosso interesse em realizar este trabalho surgiu durante o estágio curricular da quinta fase, que abordava a saúde da mulher e do recém-nascido. Nesta fase, conhecemos as políticas públicas de saúde em prol do AM, sendo possível verificar, através dos estágios curriculares, como estas ocorrem nos dois níveis de atenção primária e secundária.

Considerando a importância, inovação e a escassez de estudos referentes à RAB e visando conhecer os aspectos que podem contribuir para o seu fortalecimento e qualificação, este estudo pretende avaliar o processo de implantação da RAB em Florianópolis/SC, bem como reconhecer os fatores que dificultam e/ou favorecem esse processo, a fim de fornecer aos gestores municipais subsídios para o planejamento e avaliação das ações em AM na AB.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o processo de implantação da RAB em Florianópolis, SC sob a ótica dos tutores.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos tutores da RAB do município de Florianópolis;
- Identificar as principais fragilidades da implantação da rede;
- Identificar as principais potencialidades da implantação da rede;
- Fornecer aos gestores subsídios para o planejamento e avaliação da Política de aleitamento materno na AB para a cidade de Florianópolis, SC.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão da literatura refere-se ao levantamento do assunto do tema pesquisado, com objetivo de contribuir para o conhecimento a ser investigado. É importante para traçar um quadro teórico e servir como base para o desenvolvimento da pesquisa. Assim, possibilitará a obtenção da situação real do tema ou problema pesquisado, conhecer publicações existentes e aspectos que já foram abordados e verificar as opiniões similares e diferentes aos aspectos relacionados ao tema ou problema (SILVA; MENEZES, 2001). Sendo assim, nesse capítulo iremos abordar alguns aspectos sobre as políticas públicas de incentivo ao AM, especialmente a RAB que visa incentivar o AM na AB.

2.1 Amamentação: aspectos históricos e culturais

Ao longo das gerações a amamentação se transformou histórico e culturalmente. Ainda assim, para algumas mulheres a amamentação representa um grande momento, estando incluídos períodos de diversas sensações, emoções e inseguranças.

Os aspectos socioculturais muito têm influenciado a prática do AM. O ato de amamentar é um ato natural, milenar, sem custo, essencial para a vida dos seres humanos. Além disso, minimizam a fome, salva vidas e faz o indivíduo crescer não só biologicamente, como também emocionalmente. Porém, ao longo dos anos a amamentação vem sofrendo diversas influências sociais, econômicas e culturais em decorrência da incorporação de novos costumes pela sociedade (TEIXEIRA et al., 2006).

A falta de informações e de segurança da mãe sobre as vantagens do leite materno, uso da chupeta, de bicos, de água e chás no intervalo das mamadas são consequências da má informação que muitas famílias ainda possuem nos dias atuais. Da mesma forma, Teixeira et al. (2006) afirmam que a atuação dos serviços de saúde ainda é insuficiente no apoio à mãe nutriz e à família para que consigam resolver os principais problemas referentes à amamentação de forma satisfatória. Tal fato tem como implicação o desmame precoce, diminuindo assim, a prevalência do AM exclusivo nos seis primeiros meses de vida.

Evidencia-se ainda neste século, a “culpabilidade” imposta à mulher que não amamenta, atribuindo-lhe a responsabilidade pela morbidade e mortalidade das crianças que não usufruíram do leite materno. Da mesma forma, verificam-se práticas onde prepondera esta visão, dificultando as ações voltadas ao incentivo do AM, uma vez que muitos impasses

são desconsiderados ou sequer reconhecidos. Ressalta-se, ainda, que a ideologia contida nas campanhas de incentivo à amamentação, muitas vezes reforça o conceito de ser a mãe a única responsável pelas consequências da prática do desmame sem, no entanto, avaliar os fatores que influenciaram essa decisão. (BOSI; MACHADO, 2005).

A amamentação ao longo de muitos anos passou por transformações que acompanharam a visão sociocultural de cada momento histórico. Além disso, o advento do aleitamento artificial, aos poucos, foi se tornando parte deste processo de transformação histórica. Isto é evidenciado:

[...] pelos registros de recipientes encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas (séc. V e VII), sugerindo que os gregos recebiam alimentos de outras fontes além do leite materno, por meio de vasilhas de barro encontradas em tumbas de recém-nascidos àquela época, possibilitando afirmar que a substituição do aleitamento materno diretamente ao peito por outras formas de alimentação constitui uma prática muito antiga (BOSI; MACHADO, 2005, p. 3).

Ainda de acordo com Bosi e Machado (2005), o Código de Hammurabi (cerca de 1800 a.C) já continha regulamentações sobre a prática do desmame, significando amamentar criança de outra mulher, sempre na forma de aluguel (amas-de-leite).

De 1500 a 1700, as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos. Elas acreditavam que a amamentação espoliava seus corpos e as tornava velhas antes do tempo, crença que parece sobreviver até os dias atuais. Com isso, Bosi e Machado (2005) compartilham que o desmame era iniciado precocemente. Além disso, normas médicas e religiosas proibiam a relação sexual durante o período de amamentação, pois acreditavam que isso tornaria o leite humano mais fraco e com risco de envenenamento em caso de nova gravidez (BOSI; MACHADO, 2005).

Segundo Vinagre, Diniz e Vaz (2001) no século XVIII, a prática de amamentar não era mais vista pelas pessoas da elite europeia com admiração, com incremento das amas de leite mercenárias como um hábito rotineiro. Ocorre nesse período um aumento considerável de mortes infantis, associadas às doenças adquiridas pelas amas de leite. Bosi e Machado (2005) afirmam que as enfermidades presentes nas amas contaminavam os bebês e estas, com receio de que estivessem “repassando afeto” aos bebês, passaram a oferecer o leite de vaca em pequenos chifres furados (precursores das mamadeiras).

O sistema de amas-de-leite prosperou até fins do século XIX. Depois disso, o aleitamento artificial, sob a forma de mamadeira com leite de vaca, possibilitado pelo progresso de esterilização, viria a substituir a amamentação mercenária (BOSI; MACHADO, 2005).

Bosi e Machado (2005) acrescentam ainda que no início dos anos 50, os produtos frutos da alimentação artificial, são apresentados como uma opção para facilitar a tarefa dos médicos, que passam a prescrevê-los indiscriminadamente às mães, como a forma mais prática e viável para seus filhos.

No Brasil, assim como em diversos países, verifica-se simultaneamente uma diminuição do aleitamento tradicional ao peito (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001). Sendo assim, em maio de 1981, houve a regulamentação do Código de Substitutos do leite humano na Assembleia Mundial de Saúde, juntamente com a implantação e implementação de diversos programas e estratégias de promoção ao AM, coordenados pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde do Brasil. A partir daí, muitas normas foram disseminadas e passou-se a refletir mais sobre o resgate do AM exclusivo em nosso país (VINAGRE; DINIZ; VAZ, 2001).

2.2 Promoção e incentivo ao aleitamento materno

Em decorrência dos elevados índices de morbimortalidade materno-infantil devido à redução mundial da prática da amamentação, o AM exclusivo por seis meses, que já vinha sendo preconizado pelo MS, passou a ser recomendado pela OMS a partir da 54ª Assembleia Mundial de Saúde. Essa recomendação é fruto das evidências científicas acumuladas na última década quanto a seus benefícios para a saúde do bebê e da mãe. No entanto, ainda não existem estratégias adotadas globalmente com vistas à sua viabilização (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Em 1990 o Brasil foi um dos países participantes de um encontro promovido pela OMS e o UNICEF, buscando mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao AM. Nesta época, foi produzido e adotado pelos participantes do encontro “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global” um conjunto de metas chamado “Declaração de Innocenti”, resgatando o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. Também se enfatizava a recomendação do AM exclusivo até os seis meses de idade e, se possível, com outros alimentos, até os dois anos, o

que vem sendo adotado pelo MS com o apoio da Sociedade Brasileira de Pediatria (LAMOUNIER, 1998).

Lamounier (1998) acrescenta que neste mesmo encontro foi idealizada a “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*” com finalidade de apoiar, proteger e promover o AM, consistindo na mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce. Ao conjunto de medidas para atingir as metas contidas da “*Declaração de Innocenti*” denominou-se “*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*”, basicamente consistindo de um elenco de medidas visando informar as gestantes os benefícios da amamentação e o manejo correto do AM.

A partir de então, foram escolhidos doze países, dentre os quais o Brasil, para dar início à “*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*”, que assumiram um compromisso formal de tornar os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno” uma realidade em seus hospitais (LAMOUNIER, 1998).

A IHAC tem contribuído, desde 1992, para o estabelecimento e incremento da amamentação. Sabemos, porém, que a amamentação na sua forma exclusiva é pouco praticada mundialmente. No Brasil, o tempo mediano de AM exclusivo é de pouco mais de um mês (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Nos últimos 30 anos, as políticas nacionais de apoio ao AM se basearam eminentemente na perspectiva hospitalar ou no apoio legal, mas houve pouco e incipiente estímulo para estabelecer essas ações no âmbito da AB. Da mesma forma, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição encerra uma lacuna de informação e amparo legal entre hábitos considerados inadequados até então e corrobora para a concepção de novos padrões, aceitos atualmente (BRASIL, 2009a).

A preocupação do Brasil em reduzir a mortalidade infantil, elevar os indicadores de aleitamento e com os problemas decorrentes do desmame precoce antecede a reunião conjunta, OMS/UNICEF, sobre alimentação de lactentes e de crianças pequenas, realizada em 1979 (ALENCAR, 2008).

Desde 1976, quando da criação do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, criado para elaborar estratégias capazes de reduzir a desnutrição em crianças brasileiras, o País estabeleceu ações direcionadas especialmente às gestantes, nutrízes e crianças,

contemplando atividades de incentivo ao AM embasadas em estudos e trabalhos de investigação científica aqui desenvolvida (ALENCAR, 2008).

No Brasil, até o início de 1980, as atividades de incentivo ao AM ocorriam de forma isolada e envolviam, sobretudo, o setor da saúde. Em janeiro de 1981, o Ministério de Saúde brasileiro adotou as recomendações formuladas na reunião de Genebra em 1979 e, com o suporte do UNICEF, lançou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2001).

O MS utilizou como estratégia de sensibilização ao AM a formação de grupos interministeriais e interdisciplinares de trabalho sobre o tema, apoio a pesquisas, veiculação de literatura científica, capacitação de recursos humanos, implantação de alojamento conjunto com revisão das rotinas dos serviços de saúde, desenvolvimento e consolidação da rede nacional de bancos de leite humano, entre outras ações (BRASIL, 2001).

Paralelo à crise de descontinuidade e indefinição de ações de programas governamentais de assistência alimentar à população infantil, Alencar (2008) acrescenta que a Comissão Nacional de Bancos de Leite Humano, por meio dos Bancos de Leite Humano do Distrito Federal, organizou e realizou em Julho de 1998 o I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano. No congresso, cerca de 800 profissionais de quase todos os estados brasileiros atualizaram os conhecimentos científicos e repensaram a amamentação no Brasil e sua inserção no contexto político naquele momento (ALENCAR, 2008).

Ainda segundo Alencar (2008) no final da década de 90 o Brasil apresentou uma elevação significativa nos indicadores de AM, mas não alcançando ainda o compromisso assumido na Reunião de Cúpula em Favor da Infância, realizada em 1990 na cidade de Nova Iorque. Na referida reunião Alencar (2008) afirma que foram definidas as metas para os anos 1990 e o nosso país se comprometeu em garantir que até o ano 2000 todas as mulheres amamentem seus filhos durante quatro meses e continuem amamentando, associado aos alimentos da família, até o segundo ano de vida.

Ainda faziam parte da meta assumida, garantir que 50% dos hospitais brasileiros que realizavam 1.000 partos ou mais por ano fossem credenciados como hospital “Amigo da Criança” até 1995 e terminar com a distribuição gratuita de sucedâneos de leite materno nos serviços de saúde (ALENCAR, 2008).

Ao mesmo tempo, iniciativas voltadas para o apoio do AM na Atenção Básica foram realizadas em várias cidades brasileiras, a exemplo da Iniciativa Unidade Básica Amiga da

Criança (IUBAC), da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), e do Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC). Contudo, a grande maioria das políticas públicas e das ações em prol do AM implementadas nacionalmente desde a década de 1980 teve como foco principal a rede hospitalar.

Dessa forma, a proposta de implantação da RAB surgiu no segundo semestre de 2007, quando a experiência de Londrina foi apresentada à coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (/DAPES/SAS/MS), sendo lançada em 2008 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Recentemente, mais precisamente em Abril de 2012, o MS (BRASIL, 2012a) lançou a **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil** que reforça e incentiva a promoção do AM e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A referida estratégia é resultado da integração de duas importantes ações: a Rede Amamenta Brasil (RAB) e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) e visa à qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para o fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável para esse público alvo. A iniciativa visa contribuir para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância como a obesidade, diabetes, dentre outras, incentivando o AM e uma alimentação complementar saudável.

Desde seu lançamento, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde vêm empreendendo esforços para integrar as estratégias da RAB e ENPACS. A integração vem colaborar para as iniciativas do Brasil para a atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2012a).

2.3 A Rede Amamenta Brasil

Oliveira e Camacho (2002) informam que para explorar o potencial do nível primário de assistência no apoio à amamentação, alguns países foram criando “passos” a serem cumpridos pelas UBSs, considerando que esta rede é pública e gratuita e constitui a principal responsável pelo acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e dos bebês na puericultura ou pediatria.

Foi em um país da América Latina, o Chile, em 1995, que pela primeira vez se criou uma iniciativa para o sucesso do aleitamento materno envolvendo os consultórios que acompanham as mães. Outros países, como o Peru, a Nicarágua e a Argentina também desenvolveram “passos” para a rede básica, sendo que na Nicarágua oito centros de saúde já foram credenciados como “Centros de Saúde Amigos”. Também em países do primeiro mundo, como o Reino Unido, em 1998, foram criados “passos” para que locais de assistência situados na comunidade fossem estimulados a apoiar, proteger e promover a amamentação (OLIVEIRA; CAMACHO, 2002, p.3).

De acordo com o MS (BRASIL, 2009d), iniciativas voltadas para o apoio do AM na AB foram realizadas em algumas cidades brasileiras. Como resultado dessas e de outras ações, a duração mediana da amamentação, no Brasil, passou de 2,5 meses em 1970 para 10 meses em 1998 (BRASIL, 2009d).

Em 2008, o MS lançou uma nova estratégia de promoção ao AM na AB, por meio da revisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde: a RAB, que se encontra em fase de implantação nos estados e municípios do país (PEREIRA et al., 2010).

A RAB é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, com o Departamento de Atenção Básica, ambos vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro (BRASIL, 2011b). Trata-se de uma estratégia para a abordagem do AM na AB à Saúde.

Dentro da proposta elaborada pelo Ministério da Saúde Brasileiro, a RAB tem como objetivo geral a contribuição para o aumento dos índices de AM no país e como objetivos específicos têm-se:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática integralizadora;
- Discutir a prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS;
- Pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM a partir da realidade das UBS;
- Monitorar os índices de AM das populações atendidas pelas UBS certificadas (BRASIL, 2011b, p. 8).

No documento intitulado “Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos” (2007-2010) são registrados todas as etapas da implementação da rede, desde a sua idealização até a certificação das primeiras UBSs. Além disso, neste documento, o MS apresenta a metodologia utilizada, sendo este o grande diferencial da rede, não existindo um procedimento padrão, com passos determinados a serem seguidos (BRASIL, 2011b).

De acordo com a proposta de educação permanente em saúde, a participação das UBS se dá com a realização de uma oficina de trabalho, durante a qual toda a equipe discute o seu processo de trabalho em relação às ações de promoção, proteção e apoio ao AM. Sendo assim, cada equipe expõe suas dificuldades e acertos e busca as soluções a partir da sua realidade (BRASIL, 2011b).

Da mesma forma que se adquire conhecimentos sobre AM, os profissionais de saúde têm a oportunidade de expor os conhecimentos oriundos do senso comum e de suas experiências pessoais. É importante a valorização desses diferentes conhecimentos, favorecendo um elo de complementaridade entre o saber científico e o saber popular (BRASIL, 2011b).

Por essa razão, o referencial teórico da estratégia RAB é a educação crítico-reflexiva, que considera o processo de aprendizado de maneira integrada e qualitativa. De acordo com o MS (BRASIL, 2011b) nesse referencial, o aprendizado se dá de forma ativa, reflexiva, crítica e solidária, com problematização da realidade, de forma que o aprendiz aprende a aprender, apreendendo, assim, o novo conhecimento.

A coordenação nacional da RAB é da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e do Departamento de Atenção Básica, assessorados pelo Comitê Nacional de Aleitamento Materno (BRASIL, 2011b). Mas torna-se importante destacar, que a implantação e a coordenação da RAB nos estados, segundo o MS (BRASIL, 2011b) é de responsabilidade das coordenações estaduais da Área da Criança e/ou da Atenção Básica, assim como é de responsabilidade das coordenações municipais a sua implantação e coordenação nas UBS dos municípios. Ou seja, as UBS devem se reportar às coordenações municipais, que, por sua vez, se reportam às coordenações estaduais, que possuem canal de comunicação direta com o MS (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde Brasileiro estabelece competências específicas a cada esfera de gestão, assim como dos tutores, entretanto, ressalta que algumas competências são comuns a todos.

DE TODOS

- Divulgar a Rede Amamenta Brasil;
- Promover articulação entre as diferentes esferas e serviços;
- Alocar recursos orçamentários e financeiros para implementar a Rede Amamenta Brasil;
- Criar referência ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação, monitoramento e avaliação das ações, nos diferentes níveis;
- Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo das ações da Rede Amamenta Brasil.

DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- Coordenar a Rede Amamenta Brasil no âmbito nacional;
- Elaborar e disponibilizar material de capacitação;
- Capacitar profissionais como multiplicadores;
- Acompanhar e avaliar as redes estaduais;
- Disponibilizar sistema eletrônico de monitoramento dos dados de Aleitamento Materno coletados pelas Unidades Básicas de Saúde;
- Fornecer apoio técnico aos estados para a consecução do programa;
- Certificar as Unidades Básicas de Saúde que cumprirem os critérios para inclusão na Rede;
- Monitorar os indicadores de aleitamento materno em todos os níveis.

DOS ESTADOS

- Instituir e coordenar a Rede Amamenta Brasil no âmbito estadual;
- Formar tutores em seus municípios;
- Fornecer apoio técnico aos municípios para a consecução da linha de ação;
- Solicitar ao Ministério da Saúde a certificação das Unidades Básicas de Saúde elegíveis;
- Acompanhar e avaliar as redes municipais.

DOS MUNICÍPIOS

- Instituir e coordenar a Rede Amamenta Brasil no âmbito do município;
- Selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em aleitamento materno nas Unidades Básicas de Saúde, considerando os critérios estabelecidos;
- Fornecer apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde para a consecução da linha de ação;
- Solicitar ao estado a certificação das Unidades Básicas de Saúde elegíveis;

- Acompanhar e avaliar as ações das Unidades Básicas de Saúde.

DAS GERÊNCIAS E EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

- Viabilizar as condições necessárias para a realização da Oficina;
- Pactuar atividades que promovam, protejam e apoiem a amamentação;
- Construir fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê em amamentação;
- Alimentar continuamente o sistema de monitoramento da Rede Amamenta Brasil;
- Analisar criticamente os dados de monitoramento da Unidade Básica de Saúde e da avaliação e dar-lhes visibilidade.

DO TUTOR

- Conhecer a Política Nacional de Atenção Básica;
- Multiplicar as Oficinas de Tutores;
- Conduzir Oficinas de Trabalho em Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde;
- Auxiliar na construção do fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê em amamentação nas Unidades Básicas de Saúde sob sua responsabilidade;
- Acompanhar, por meio de visitas periódicas, o desenvolvimento das ações em Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011b, p.13).

O Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011b) reconhece os tutores como um dos principais pilares de sustentação da RAB, mas adverte que é necessário que o tutor esteja aberto para o novo e disposto a se desapegar das formas tradicionais de transmissão do conhecimento. Associado à disposição de experienciar uma metodologia crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, é importante que o tutor tenha conhecimento teórico e vivencial na área e, se possível, em educação (BRASIL, 2011b).

O tutor tem o compromisso de visitar periodicamente uma ou mais UBS, “adotando-as” e oferecendo apoio sempre que necessário. Além disso, o tutor deve conhecer em profundidade a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), compreendendo os princípios da AB, o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as competências de cada profissional preconizadas na PNAB (BRASIL, 2011b).

O profissional que pretende ser tutor da RAB, de acordo com o MS deve preencher os seguintes requisitos:

- Ter curso superior;
- Ter experiência em manejo clínico do Aleitamento Materno;
- Ter realizado pelo menos um curso de formação em Aleitamento Materno;
- Ter disponibilidade para participar integralmente do processo, que inclui a capacitação de 40 horas em caráter de imersão, a multiplicação das oficinas de formação de tutores, a condução de oficinas de trabalho em Aleitamento Materno e o acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde.

Os seguintes requisitos são desejáveis, porém não obrigatórios:

- Ter experiência e/ou vivência em atenção básica em saúde;
- Ter experiência em educação;
- Ter vivência em metodologias ativas de aprendizagem;
- Ter perfil de liderança;
- Ter participado na organização de atividades relacionadas com políticas públicas de saúde em Aleitamento Materno;
- Fazer parte de entidades (comitês, ONGs, associações) relacionadas ao Aleitamento Materno;
- Ter experiência em condução de grupos. Excepcionalmente, serão permitidos tutores que não preencham todas as exigências (BRASIL, 2011b, p. 11).

Os tutores são capacitados durante uma oficina que utiliza os referenciais da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, adquirindo subsídios para auxiliarem na formação de novos tutores e competência para a realização de oficinas de trabalho em AM nas UBS (BRASIL, 2011b).

Segundo o Ministério da Saúde Brasileiro, as UBS que realizarem oficina de trabalho em AM poderão ser certificadas na RAB, desde que cumpram os critérios para isso. A validade da certificação é de um ano, ao término do qual a UBS deverá comprovar que continua cumprindo os seguintes critérios:

- Garantir a participação de no mínimo 80% da equipe na Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno;
- Monitorar os indicadores de Aleitamento Materno da sua área de abrangência;
- Concretizar pelo menos uma ação pactuada;
- Construir e implementar fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação (BRASIL, 2011b, p. 15).

Em relação às oficinas os gestores da RAB recomendam que estas sejam coordenadas por tutores, e que promovam a discussão da prática do AM no contexto do processo de trabalho das UBS e a patação de ações de promoção, proteção e apoio ao AM, de acordo com a realidade de cada equipe e comunidade (BRASIL, 2011b).

A realização da oficina de trabalho em AM torna-se o primeiro passo para a UBS participar da RAB, ou seja, aderir a ela. Para a continuidade desse processo, é necessário o acompanhamento da UBS e o monitoramento dos indicadores de AM (BRASIL, 2011b).

De acordo com o MS (BRASIL, 2011b), é importante que cada UBS tenha um tutor responsável por acompanhar e apoiar o desenvolvimento das ações em AM das equipes, por isso, ele deverá fazer visitas sistemáticas às unidades.

O acompanhamento das práticas de alimentação das crianças atendidas na UBS são essenciais, pois fornece informações fundamentais para o planejamento e avaliação das ações de incentivo à amamentação. Por isso, o monitoramento dos indicadores de AM é um dos requisitos para a certificação da UBS na RAB (BRASIL, 2011b).

Visando aperfeiçoar o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, optou-se por adotar o SISVAN Web. Em 2010, após relatos de dificuldades de UBS de vários estados em acessar o SISVAN Web, foi oferecido aos estados e municípios uma nova alternativa de monitoramento, como medida temporária para certificar as UBS que cumprem todos os critérios, através do monitoramento dos índices de AM por meio do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para Crianças Menores de 5 Anos de Idade e consolidar os dados mensais na Planilha Mensal Consolidada (BRASIL, 2011b).

Transcorridos dois anos de implantação da RAB no território brasileiro, e considerando o caráter inovador da referida proposta, os investimentos realizados para sua implantação, a necessidade de compreender os mecanismos envolvidos após a adesão inicial à rede e os aspectos que podem contribuir para o fortalecimento e qualificação da intervenção, foi realizado um estudo encomendado pelo MS com o objetivo de avaliar a implantação da RAB em três municípios brasileiros, intitulado: “Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil. Este estudo, cujos resultados estão ainda sob a forma de relatório de pesquisa, mostra um retrato bem amplo no que se refere à implantação da rede nas três esferas de governo (VENANCIO et al., 2011).

2.4 A atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) visando à promoção do aleitamento materno

Em função de sua complexidade, as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, exige que o programa se organize como um todo para sua execução. Implica na atuação de diversos profissionais, em diversas frentes: pré-natal, captação da puérpera, visitas domiciliares, grupos e consultas de puericultura e até atividades intersetoriais. Trata-se, portanto de uma ação integrada de todo um serviço, e não da tarefa de um especialista. Envolve a participação dos médicos e enfermeiros da equipe, e não apenas dos agentes comunitários de saúde (que muitos advogam serem os responsáveis por ações de promoção da saúde na equipe de Saúde da Família). Uma tarefa que mobiliza toda a equipe em diversos momentos e diferentes etapas do seu trabalho, e que, portanto pode ser traçadora da existência de estratégias em promoção da saúde (BECKER, 2001).

Além de ser uma atividade de grande relevância em qualquer UBS em nosso país, no meio rural ou urbano, em todas as regiões, a promoção da amamentação é realizada no Brasil desde a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1981 (SOUZA, 1998), e faz parte das ações básicas em saúde materno-infantil. Sua importância e o lugar que deve ocupar na agenda dos profissionais de saúde são conhecidos de longa data, apesar de grandes mudanças nas estratégias a serem utilizadas. No caso específico do PSF, a equipe deve trabalhar inicialmente o diagnóstico de saúde do seu território, estabelecendo a seguir as suas prioridades e o planejamento do trabalho, adaptando os programas verticais à realidade local. Considerando os argumentos expostos, dificilmente a promoção da amamentação poderia estar fora do planejamento de trabalho do programa. Afinal, atualmente em nosso país, mães e bebês dificilmente deixam de ser prioridade (BECKER, 2001).

O enfermeiro é elemento essencial em qualquer serviço de saúde, e na UBS não é diferente, devendo estar sempre atento, visando promover a saúde da área de sua responsabilidade. Em relação ao AM, por vezes, falta orientações e apoio eficaz às nutrízes, que acabam por desistirem/abandonarem a amamentação por desconhecimento e/ou por influência de suas mães, agora avós de seus bebês.

O enfermeiro capacitado em aleitamento materno poderá estar trabalhando junto à população não somente prestando assistência, mas também na promoção e educação continuada de forma efetiva, mais concernente com as demandas de treinamento, com a atualização dos que atuam no pré-natal e reciclando seus conhecimentos,

sendo que este é um dos principais objetivos do Programa de Saúde da Família para prevenir agravos e doenças (AMORIM; ANDRADE, 2009, p.95).

Amorim e Andrade (2009) acrescentam que orientar sobre amamentação, exige momentos educativos e requer tempo e isso muitas vezes nas consultas médicas de pré-natal dificilmente acontece. É preciso disponibilidade para ouvir essas mulheres, afim de que elas contem suas experiências anteriores, suas crenças e mitos que sem dúvida são fatores relevantes para o futuro da próxima amamentação. Este tem sido um dos papéis fundamentais que o enfermeiro tem podido exercer.

O PSF procura olhar as pessoas de forma integral, exercendo com estas um acompanhamento continuado, faz parte deste acompanhamento a prevenção e a promoção da saúde, para melhorar a qualidade de vida das mesmas. Para isso, as equipes devem dispor de estratégias e criar vínculos significativos, que, na maioria das vezes, só são conquistadas com o tempo. Quanto maior for o vínculo, melhor será o resultado destes trabalhos (AMORIM; ANDRADE, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Este tipo de investigação, “baseia-se no fato do que o agir humano visa um sentido, tem um valor que não pode ser captado por uma explicação nomológica, ou seja, por relações simples de causa e efeito ou uso de instrumental estatístico” (LEOPARDI, 2002, p.195).

A metodologia qualitativa, mais do que qualquer outra, levanta questões éticas, principalmente, devido à proximidade entre pesquisador e pesquisados (MARTINS, 2004).

Segundo Minayo (2010), uma pesquisa qualitativa, é um processo em “espiral”, pois se inicia com uma pergunta que ao ser respondida cria novos questionamentos e dúvidas.

Este tipo de investigação tem como abordagem “o critério não numérico, e a amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (GAUTHIER et al., 1998, p.20).

Para Minayo (2010), a fase exploratória da pesquisa tem a importância fundamental de superar o empirismo nas abordagens das questões sociais. No que se refere ao tipo descritivo, segundo Minayo (2010), a sua fundamentação foi baseada na necessidade de se explorar e descrever o problema e a situação insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos organizados sobre os problemas existentes para os indivíduos, para as relações e para os espaços dos serviços.

3.2 Cenário do estudo

De acordo com Trentini e Paim (2004), o cenário do estudo é aquele em que se estabelecem as relações sociais inerentes aos objetivos e finalidade da investigação. Assim, optamos por desenvolver o presente estudo na Rede Básica de Saúde do município de Florianópolis, SC.

Este município, que é a capital do Estado de Santa Catarina, possui uma população de 427.298 habitantes, segundo estimativa divulgada pelo IBGE em 2010, e encontra-se

habilitado perante o Sistema Único de Saúde (SUS), na modalidade de gestão Plena da Atenção Básica ampliada – PABA. Conta com número de estabelecimentos de saúde quer na atenção básica como na rede hospitalar, suficientes para o atendimento das demandas de sua população (FONSECA; COELHO, 2004).

No que se refere à Rede de Atenção Básica, Florianópolis possui 48 UBSs, com adequada distribuição geográfica. UBS são estruturas de complexidade primária, e portas de entrada dos usuários aos serviços de saúde, onde em conjunto com os serviços de atenção secundária e terciária, compõe uma rede organizada de Atenção à Saúde da população de nosso país. Estas unidades funcionam em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (BRITO, 2010).

O município de Florianópolis destaca-se pelas ações de promoção, proteção e apoio em AM, sendo contemplado em 2011 com diploma de menção honrosa do Prêmio Bibi Vogel (BRASIL, 2011b).

Segundo a Coordenadora da RAB em Florianópolis, a implantação desta estratégia em Florianópolis teve início em 2009 e até o momento conta com 39 das 48 UBS sensibilizadas, e 30 tutores. Sendo elas distribuídas em cinco Distritos Sanitários pertencentes a Florianópolis; **Distrito Centro:** UBS Agrônômica, UBS Centro, UBS Monte Serrat, UBS Prainha e UBS Trindade; **Distrito Continente:** UBS Abraão, UBS Balneário, UBS Capoeiras, UBS Coloninha, UBS Continente, UBS Estreito, UBS Jardim Atlântico, UBS Monte Cristo, UBS Morro da Caixa, UBS Sapé e UBS Vila Aparecida; **Distrito Leste:** UBS Barra da Lagoa, UBS Canto da Lagoa, UBS Córrego Grande, UBS Costa da Lagoa, UBS Itacorubi, UBS João Paulo, UBS Lagoa da Conceição, UBS Pantanal, UBS Saco Grande; **Distrito Norte:** UBS Cachoeira do Bom Jesus, UBS Canasvieiras, UBS Ingleses, UBS Jurerê, UBS Ponta das Canas, UBS Ratoões, UBS Rio Vermelho, UBS Santinho, UBS Santo Antônio de Lisboa e UBS Vargem Grande; **Distrito Sul:** UBS Alto Ribeirão, UBS Armação, UBS Caieira da Barra do Sul, UBS Campeche, UBS Carianos, UBS Costeira, UBS Fazenda Rio Tavares, UBS Morro das Pedras, UBS Pântano do Sul, UBS Ribeirão da Ilha, UBS Rio Tavares, UBS Saco dos Limões e UBS Tapera.

3.3 Participantes do estudo

No presente estudo, fizeram parte os tutores das UBS dos cinco Distritos Sanitários pertencentes a Florianópolis que estavam sensibilizados pela estratégia da RAB. Os tutores deveriam ser obrigatoriamente, profissionais da saúde atuantes nas UBS e ser capacitado como tutor.

Sendo assim, os participantes do estudo são tutores vinculados a Secretaria de Saúde de Florianópolis e responsáveis pelo acompanhamento das UBS sensibilizadas com a estratégia da RAB.

A entrevista semiestruturada foi realizada com profissionais de nível superior que atuam como tutores da rede, com exceção daqueles que atuavam diretamente na Secretaria Municipal de saúde, por terem relação direta com o nosso estudo. Havíamos previsto entrevistar os 30 tutores capacitados, no entanto foram entrevistados 22 tutores. Os demais, não foram entrevistados por estarem vinculados diretamente com a aprovação do nosso projeto, outros por estarem afastados de suas funções como tutores e/ou por problemas de saúde. A participação dos sujeitos só aconteceu após a leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para manter sigilo das informações contidas neste estudo, optou-se por denominá-las pelas letras “ET” seguida do número da entrevista (1 a 22).

Os profissionais tutores foram convidados em Março, em uma das reuniões mensais da RAB, que acontecem nas últimas terças-feiras de cada mês. Nessa ocasião apresentamos nossa proposta de estudo e esclarecemos como se daria o processo de coleta e análise dos dados, além de deixarmos claro que a identidade dos participantes da pesquisa seria mantida no mais absoluto sigilo, dentro do preconizado pela ética profissional.

3.4 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada concomitantemente com o Estágio Supervisionado II realizado no Centro de Saúde Costeira do Pirajubaé.

A coleta dos dados se deu através de entrevistas individuais semiestruturada gravada com os profissionais tutores da RAB no período de Abril a Maio de 2012. Após o primeiro contato na reunião da RAB, onde explicamos os objetivos e a finalidade do nosso estudo, os

profissionais foram contactados previamente por telefone, a fim de que se definisse o melhor dia e horário para nos ceder a entrevista, cabendo aos profissionais aceitar ou não a proposta. Com a aceitação e definição da data do encontro, fomos à UBS de atuação de cada tutor. Lá foi lido o TCLE, expondo os principais pontos da pesquisa, como o compromisso com o sigilo, entrevista voluntária, entre outros pontos. Em seguida o termo foi assinado em duas vias, ficando uma para o entrevistado e outra para as pesquisadoras. A parte inicial da entrevista contemplava os dados de identificação de cada tutor, em seguida foi discorrido sobre a experiência do tutor em AM e a atuação do tutor na RAB. Por fim as entrevistas foram transcritas na sua totalidade, contribuindo para o processo de interpretação e análise.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo. Segundo Minayo (2010) a análise de conteúdo é uma das técnicas de pesquisa geralmente utilizada em pesquisas qualitativas, que se apresenta como um método de tratamento dos dados obtidos em textos, e como um conjunto de técnicas de análise de comunicação. As técnicas de análise temática organizam-se em torno de três fases:

Pré-análise - esta fase consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciados da pesquisa; reformulando-os frente aos dados coletados; e na definição de temas que orientem a interpretação final (MINAYO, 2010). E pode ser decomposta nas seguintes tarefas:

Leitura flutuante, do conjunto das comunicações, que consiste em tomar contato exaustivo com dos dados, deixando-se impregnar por seu conteúdo. A dinâmica das teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura mais sugestiva e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial.

Constituição do corpus, consiste na organização dos dados de tal forma que possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade, (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (que os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho). Segundo Minayo (2010, p. 316):

[...] nessa fase pré-analítica, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

Exploração do material - esta fase consiste essencialmente numa operação classificatória que busca alcançar um núcleo da compreensão do texto. Segundo Minayo (2010) a análise temática trabalha na primeira fase esta fase, pelo recorte do texto em unidades de registro que pode ser uma palavra, ou frase, estabelecida na pré-análise;

Na segunda fase, escolhe as regras de contagem, uma vez que, tradicionalmente a compreensão é construída por meio de codificações.

E na terceira fase, ela realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teórica ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – para Minayo (2010, p. 318),

[...] a análise temática é bastante formal e mantém sua crença na significação da regularidade. Como técnica transpira as raízes positivistas da análise de conteúdo tradicional. Porém, há variantes na abordagem, que nos resultados trabalha com significados no lugar de inferências estatísticas.

Desta maneira para a análise dos dados obtidos, procurando alcançar o objetivo desse estudo, delineamos três categorias: conhecendo as potencialidades no processo da implantação, identificando fragilidades no processo de implantação e apontando soluções para o fortalecimento da Rede amamenta Brasil, o que possibilitou a compreensão da RAB como política pública de Saúde neste município.

3.6 Aspectos éticos

Tendo em vista os preceitos éticos emanados da Resolução CNS 196/96 sendo condição necessária à produção de conhecimento para a melhoria da situação de saúde das pessoas e populações, ficou garantido pelas pesquisadoras o compromisso em observá-los e acatá-los. Em todas as fases da pesquisa, foi garantida a confidencialidade das informações, bem como o anonimato das fontes, sendo totalmente preservado na publicação dos resultados da pesquisa. Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados sobre os objetivos e a

metodologia empregada. Quando se sentiram inteiramente esclarecidos formalizaram essa participação com a assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

O Projeto foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP sob o parecer nº 21549 e pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde de Florianópolis, pois nesse município a gestão municipal solicitou o encaminhamento do protocolo de pesquisa para o comitê local (ANEXOS A e B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, são apresentados na forma de um manuscrito científico, a ser encaminhado para publicação em periódico indexado, de acordo com a resolução do Colegiado da 8ª fase do referido curso. O mesmo foi elaborado de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) conforme normas e orientação da coordenação da fase.

REDE AMAMENTA BRASIL: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS/SC SOB A ÓTICA DOS TUTORES¹

Ana Carolina Cunha²
Larissa Graciele de Oliveira de Carvalho²
Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva com o objetivo geral de avaliar o processo de implantação da Rede Amamenta Brasil na cidade de Florianópolis, SC sob a ótica dos tutores. Foram entrevistados 22 profissionais de nível superior que atuam como tutores da RAB. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada, no período de 16 de abril a 11 de maio de 2012. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, da qual emergiram três categorias: conhecendo as potencialidades no processo da implantação, identificando fragilidades no processo de implantação e apontando soluções para o fortalecimento da Rede amamenta Brasil, o que possibilitou a compreensão da RAB como política pública de Saúde neste município. Os sujeitos do estudo relatam suas experiências e vivências em aleitamento materno, sua atuação como tutores da rede, assim como elencaram as fragilidades e potencialidades da RAB. Observou-se que a sensibilização dos profissionais das UBS encontra-se aquém do julgado necessário para o fortalecimento da implantação da RAB em Florianópolis, sendo assim, vê-se que esta deve ser reparada afim de que este propósito seja possível. Conclui-se que a falta de capacitação e sensibilização nas UBS direciona para a necessidade de maior envolvimento dos profissionais acerca da importância da RAB.

Palavras-chave: Amamentação, Aleitamento Materno, Enfermagem, Incentivo ao Aleitamento Materno, Rede Amamenta Brasil, Tutor, Unidade Básica de Saúde.

¹ Esta pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

³ Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro pesquisador e líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido GRUPESMUR – PEn/UFSC. Orientadora do estudo.

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade (BRASIL, 2009a).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, para a população em geral, que os bebês recebam exclusivamente leite materno durante os primeiros seis meses de idade. Depois dos seis meses, com o objetivo de suprir suas necessidades nutricionais, a criança deve começar a receber alimentação complementar segura e nutricionalmente adequada, juntamente com a amamentação, até os dois anos de idade - ou mais (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPAS, 2003).

Para fazer com que as mães consigam amamentar exclusivamente, até os seis meses, a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) recomendam ainda: 1) iniciar a amamentação nas primeiras horas de vida da criança; 2) amamentação exclusiva, ou seja, o lactente receber apenas leite materno, sem nenhum outro alimento ou líquido, nem mesmo água; 3) que a amamentação aconteça sob livre demanda, ou seja, todas as vezes que a criança quiser, dia e noite; 4) não usar mamadeiras nem chupetas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS, 2003).

Estudos realizados no Brasil e no mundo evidenciam que a amamentação ajuda a prevenir tanto a desnutrição como a obesidade, além de doenças como a diarreia e infecções respiratórias, que são causas importantes de mortalidade infantil (WENZEL; SOUZA, 2011). No entanto, verifica-se que o país ainda está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e Ministério da Saúde (MS) de Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida, representando assim, um grave problema de saúde pública.

Vários trabalhos sobre AM, com representatividade nacional da população, foram realizados no Brasil possibilitando acompanhar a situação da amamentação no país. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, mostrou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de

41,0% no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009b). A duração mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009b).

A II Pesquisa de Aleitamento Materno nas Capitais e Brasileiras e Distrito Federal mostrou ainda que Belém se destaca com a maior prevalência em AM exclusivo (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). Por outro lado, a menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%) (BRASIL, 2009b).

A Política Nacional de Aleitamento Materno atualmente está organizada em seis braços estratégicos: estando no centro desta estratégia, a Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que tem como vertentes: (1)- o Incentivo ao Aleitamento Materno na *Atenção Básica* que é feito por intermédio da *Rede Amamenta Brasil*; (2) - na *Atenção Hospitalar* que conta com duas iniciativas que tem contribuído para aumentar os índices de aleitamento materno: a *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (IHAC) e o *Método Canguru*; (3) - entre as principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno figura a *Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano* (BLH), a maior e mais complexa do mundo, com 271 unidades; (4)- Com relação à *Proteção Legal ao Aleitamento Materno*, o Brasil foi um dos primeiros países a adotar o Código Internacional de Substitutos do leite materno; (5)- Entre as *Ações de Mobilização Social* realizadas, destaca-se a Semana Mundial de Amamentação, comemorada desde 1992 com ampla participação da mídia e de diversos segmentos da sociedade; (6) - Um importante componente da política pública de Incentivo ao Aleitamento Materno é o *Monitoramento* tanto das ações como das práticas de amamentação no país (ALENCAR, 2008; ARAUJO et al., 2006; FIOCRUZ, 2012; BRASIL, 2009c).

Percebendo a importância mundial do AM e considerando os avanços na cidade de Florianópolis referente às políticas públicas de saúde destinadas a esta prática, optamos por trabalhar com a estratégia que incentiva o AM na atenção básica (AB): a **Rede Amamenta Brasil (RAB)**.

A RAB, criada através da Portaria MS/GM nº 2.799 em 2008 (BRASIL, 2011a), e lançada em Florianópolis em 2009, é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM que interliga Unidades Básicas de Saúde (UBS), secretarias municipais e estaduais de saúde, o governo federal e a sociedade com o propósito de revisar e atualizar o trabalho interdisciplinar

nas UBS, apoiando-se nos princípios da educação permanente, no respeito à visão de mundo dos profissionais e nas especificidades locais e regionais.

Nos últimos 35 anos, esforços consideráveis vêm sendo empreendidos no Brasil e muitas ações foram desenvolvidas na tentativa de resgatar a cultura da amamentação. Ressalta-se que a maior parte das ações de incentivo ao AM estavam mais voltadas para o âmbito hospitalar. No entanto, ainda que isoladamente, iniciativas voltadas para o apoio do AM na AB foram realizadas em várias cidades brasileiras. Apesar dessas experiências municipais de promoção do AM na atenção básica, percebia-se a necessidade de implantação de uma estratégia em âmbito nacional de incentivo ao AM na atenção básica. Por isso, concordamos com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) ao dizer que a RAB deve contribuir para a Educação Permanente em Saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais.

Considerando a importância, inovação e a escassez de estudos referentes à RAB e visando conhecer os aspectos que podem contribuir para o seu fortalecimento e qualificação, este estudo busca reconhecer os fatores que dificultam e/ou favorecem o processo de implantação da RAB, a fim de fornecer aos gestores municipais subsídios para o planejamento e avaliação das ações em AM na Atenção Básica.

Nosso objetivo é, portanto, avaliar o processo de implantação da RAB em Florianópolis, SC sob a ótica dos tutores, visto que estes representam um dos principais pilares desta estratégia.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, realizada com o intuito de avaliar o processo de implantação da Rede Amamenta Brasil, sob a ótica dos tutores da cidade de Florianópolis, SC. A RAB foi implantada nesta cidade no ano de 2009 e constitui num programa de incentivo ao Aleitamento Materno na Atenção Básica. A coleta de dados ocorreu entre os meses de Abril a Maio de 2012, com 22 profissionais que foram capacitados como tutor da rede.

A identificação dos possíveis participantes ocorreu através de visitas das pesquisadoras a Secretaria Municipal de Saúde e nas reuniões da RAB. Os tutores que preencheram os critérios de inclusão receberam esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa

e o método de coleta de dados, sendo que os que aceitaram participar formalizaram a decisão através de assinatura do TCLE.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada gravada, guiadas por roteiro, com os profissionais que atuam como tutores da RAB na cidade de Florianópolis, SC. As entrevistas foram realizadas nas UBS de atuação de cada tutor, em uma sala fechada para facilitar a conversação e manter a privacidade dos mesmos. Para registro e análise dos dados, as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e conferidas.

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de codificação dos conteúdos das falas dos participantes, proposta pela análise temática de conteúdo de Minayo, que se organizam-se em torno de três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, procurando responder ao objetivo da pesquisa (MINAYO, 2010).

Para manter sigilo das informações contidas neste estudo, optou-se por denominá-las pelas letras “ET” seguida do número da entrevista (1 a 22).

Esta pesquisa foi desenvolvida nos termos da resolução N. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo seu projeto aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o nº. 21549 e pela Comissão Avaliadora da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis, SC. Todos os participantes assinaram o TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise de conteúdo dos dados obtidos, emergiram três categorias: conhecendo as potencialidades no processo da implantação, identificando fragilidades no processo de implantação e apontando soluções para o fortalecimento da RAB na cidade de Florianópolis, as quais apresentaremos a seguir. Antes porém, consideramos importante apresentar o perfil sóciobiográfico e a experiência em AM dos tutores que compuseram a população do estudo.

Perfil sóciobiográfico dos tutores

A partir da análise das entrevistas realizadas, foi possível fazer um mapeamento do perfil dos tutores da RAB. Dos sujeitos entrevistados 100% são do sexo feminino, com idades que variam entre 26 e 57 anos. Com relação ao estado civil, pode se observar que 59% são casadas, 18% são solteiras, 13% divorciadas e 10% possuem união estável. Verifica-se também que a maioria dos tutores é natural de Santa Catarina, representando 55%, sendo as demais dos Estados do Rio Grande do Sul 23%, Bahia 4%, São Paulo 4%, Minas Gerais 4%, Rio de Janeiro 5% e Paraná 5%.

Evidenciou-se que 55% dos entrevistados possuem filhos e 45% não possuem. Quanto à vivência com amamentação todas as que possuem filhos relataram ter experiência pessoal no AM, sendo que o tempo máximo de amamentação referido foi de 3 anos e 2 meses e tempo mínimo de 5 meses.

Com relação à formação profissional, 64% dos tutores entrevistados relataram ser enfermeiras, 18% são médicas e 18% são odontólogas, sendo que destas 73% são formadas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 9% se formaram na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); 5% são formadas na Universidade Federal de São Paulo (UFSP); 5% na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI); 4% na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG) e 4% Universidade Federal da Bahia (UFBA).

No que se refere ao ano de conclusão do curso de graduação dos tutores, verifica-se que o mesmo variou entre os anos de 1981 a 2008. Ainda com relação à formação profissional, dos 22 tutores entrevistados, 91% revelaram terem feito cursos de pós-graduação e 9% não realizaram.

Ressalta-se que do total de tutores, 64% afirmaram ter realizado a capacitação como tutor da RAB em 2010; 18% em 2009; 14% em 2008 e 4% em 2011.

O tempo de trabalho das tutoras na área da saúde variou entre 3 e 31 anos, já o tempo de trabalho das tutoras nas UBS variou de 1 mês a 15 anos.

Experiência dos tutores em Aleitamento Materno

Segundo MS, dos critérios para seleção do tutor, são obrigatórios:

Ter curso superior;

Ter experiência em manejo clínico do Aleitamento Materno (AM);

Ter realizado pelo menos um curso de formação em AM e ter disponibilidade para participar integralmente do processo, que inclui a capacitação de 40hs em carácter de imersão, a multiplicação das oficinas de tutores, a condução de oficinas de trabalho em AM e o acompanhamento das UBS (BRASIL, 2009d. p. 23).

Sendo assim, questionamos os tutores quanto à experiência em manejo clínico em AM, visto que este representa um dos requisitos obrigatórios para seleção do tutor da rede. Dentre as respostas, percebemos que em sua totalidade os tutores da rede possuem experiências advindas da formação na graduação e/ou profissionalmente devido à atuação na própria unidade. Os cursos referentes ao manejo clínico em AM foram enfatizados pelos tutores onde alguns os mencionam como sendo a única experiência que possuem. Isso pode ser observado nas seguintes falas:

Então eu atuo na área desde que sou formada. Desde que estou na prefeitura há quatro anos, mas antes de 2010, era só com o conhecimento, com a experiência da graduação e da vivência [...] (ET 8).

Eu sempre trabalhei com a atenção primária da saúde, 30 anos. Então há 30 anos eu trabalho com bebês e aleitamento materno (ET12).

[...] Então eu atuo desde quando eu me formei, porque eu sempre tive interesse de trabalhar, ter um olhar mais especial na saúde da mulher, desde a época da faculdade [...] (ET 14).

Com relação aos cursos de formação em AM verifica-se que a maioria dos tutores o fizeram, com exceção de dois profissionais, que ainda não realizaram nenhum curso devido a falta de tempo. Os demais tutores fizeram cursos que variavam de manejo clínico, aconselhamento e a própria RAB, considerando assim a capacitação de tutor como um curso.

O curso mais realizado pelos tutores foi o de manejo clínico, sendo o oferecido pela Maternidade do Hospital Universitário da UFSC, o mais realizado por eles. No entanto, a carga horária deste curso trouxe divergências nas respostas já que alguns informaram que se tratava de um curso de 40hs e outros afirmaram ser de mais ou menos 3 dias de curso, ou seja, 24hs. As falas a seguir demonstram claramente esta colocação:

Sim, fiz o do HU aquele do manejo clínico, com uma semana de curso. E tenho o da rede amamenta também, com carga horária também de 40hs (ET17).

Já fiz curso de manejo em aleitamento materno, sei lá eu... 25 anos atrás. Fiz de novo no HU há uns 4 anos atrás um curso de manejo e eu fiz a formação de tutor, porque daí agente também teve sobre manejo também (ET 12).

O de manejo em aleitamento do HU. Foram trinta horas... acho que foi trinta horas não foi a semana toda, acho que foram três dias o dia inteiro, de 25 a 30 horas, mais ou menos (ET 8).

Percebemos que os tutores, na maioria das vezes realizam e/ou realizaram cursos para qualificar mais o trabalho desenvolvido na UBS, ainda assim, visando aprimorar a RAB, seria importante reforçar conteúdos teórico-práticos sobre manejo clínico do AM nas UBS. Para saber como estes cursos podem ser oferecidos, têm-se como exemplo a proposta da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), onde Oliveira (2011) sugere que os cursos de capacitação devem ter uma duração de 24 horas e serem destinados a capacitar multiplicadores da iniciativa, que o multiplicarão para toda a equipe de saúde da unidade básica (médicos, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e outros) para implantar e implementar os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação da IUBAAM, sendo estes, os elementos norteadores dessa iniciativa.

Apesar de serem estratégias e propostas diferentes, acreditamos que esta abordagem favorece a reflexão crítico-reflexiva assim como a discussão da prática em manejo clínico entre as equipes, permitindo que os profissionais de saúde se tornem mais preparados para as orientações.

Questionamos os tutores sobre suas experiências em educação em saúde, muitos tutores consideram como experiência atividades como professores de cursos técnicos de enfermagem, treinamentos e até mesmo o próprio trabalho na UBS, já que dentro das UBS a maioria dos profissionais participa de grupos de educação em saúde, tais como os grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, crianças, entre outros. As seguintes falas deixam evidente tal afirmação:

Eu acho que no momento em que eu me decidi a trabalhar na saúde pública, que já foi desde a minha graduação, eu sempre olhei pra educação, em todos os momentos na minha cabeça sempre teve presente educar [...] (ET10).

Educação em saúde foi o tema do meu trabalho de mestrado, então desde que eu me formei desde que eu entrei para o mestrado, meu trabalho foi este, e quando eu trabalhei na secretaria, na unidade de saúde, eu sempre atuei com educação e saúde bucal [...] (ET 20).

Também da parte de formação da própria academia. É porque o nosso curso é um curso privilegiado, porque a gente trabalha o tempo todo com a educação em saúde [...] (ET 22).

No que se refere à vivência e/ou experiência com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, vimos que esta foi com certeza a questão que mais causou dúvidas entre os entrevistados. Isso porque muitos já tinham ouvido falar, mas poucos sabiam o seu real significado.

Como resultado percebemos nas falas a seguir, uma quantidade significativa de respostas inseguras, apesar de terem sido orientados quanto ao seu significado. Apesar disso, grande parte dos tutores relatou ter essa experiência, e três afirmaram não tê-la, demonstrando assim que a questão da experiência e/ou vivência em metodologias ativas foram satisfatórias.

Chamou-nos atenção o fato das profissionais enfermeiras conhecerem e utilizarem mais esta metodologia, contrastando com os demais profissionais, talvez em decorrência de terem em sua formação acadêmica, o projeto político pedagógico sustentado neste referencial metodológico.

[...] então no início da minha prática, eu ficava muito atenta a intervir, a orientar, intervir, orientar, o tempo todo e eu me dei conta que às vezes, isso não era efetivo, que eu ouvir e ver a situação que aquela pessoa vivia era muito mais valioso no processo de aprendizagem daquela pessoa e às vezes não era ela que estava aprendendo, era eu (ET 10).

Sim, eu fiz curso também de especialização em... curso didático-pedagógico para professores de 3º grau na Universidade Federal do Ceará é um curso de especialização, demorou um ano e três meses, eu acho o curso [...] (ET12).

Tenho. Tenho formação em dinâmicas de grupo, pela Sociedade Brasileira de Dinâmicas de Grupos, foram 2 anos de formação. Sempre trabalhei com metodologias de ensino e aprendizagem, todo o meu trabalho foi centrado em trabalho de grupos, em troca de experiências e em dinâmicas de grupos. Sempre (ET 18).

Quando o assunto foi condução de grupos, 100% dos tutores referiram ter experiência neste campo, devido ao fato de trabalharem na atenção básica e terem contato frequente com esta abordagem.

Tenho. Eu faço parte do grupo de tabagismo, fiquei um ano e meio como coordenadora [...] (ET 5).

Sim, sim, grupo de gestantes, grupos da terapia comunitária [...] (ET 10).

Sim, vários atualmente coordeno o grupo de terapia corporal (ET 19).

Outra metodologia utilizada pela RAB é a metodologia crítico-reflexiva. Esta metodologia compõe o alicerce da RAB sendo o referencial de escolha desta estratégia. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009d. p.12) complementa que “nessa linha de ação, adota-se um modelo de ensino e aprendizagem baseado na concepção crítico-reflexiva no qual aprender é um processo integrado e qualitativo”.

Todos os tutores reconhecem que a educação crítico-reflexiva, aprendida na capacitação da RAB, é de extrema importância para refletir e repensar a prática profissional, além de promover uma educação em saúde mais qualificada. Parte dos entrevistados, no entanto, afirma que foi difícil romper com alguns paradigmas herdados na própria formação acadêmica. Alguns tutores revelam que no início não conseguiam incorporá-la inteiramente, pois ainda não estava compreendida a essência desta metodologia. Entretanto afirmam que com o passar do tempo aprenderam a analisar e refletir criticamente sobre o cotidiano, considerando a realidade de cada indivíduo, sendo este o melhor caminho para uma orientação em saúde qualificada e eficaz. Isso pode ser constatado nas falas a seguir:

Eu acho que é a melhor metodologia que a gente tem pra trabalhar, porque assim, você percebe a visão que a pessoa, ou o paciente tem, então trabalha com o conhecimento que ele tem também [...] (ET 1).

Eu acho magnífica essa forma de educar, por que na realidade você não, não assume o papel de detentor do conhecimento, você divide o conhecimento com o grupo e isso melhora a aprendizagem, fica mais tranquilo [...] (ET 2).

[...] essa educação crítico-reflexiva, ela não, ela nos forçou [...] a trabalhar diferente assim, a olhar diferente para você falar sobre a amamentação, mas não impondo. Eu acho que isso foi importante, foi difícil entender isso nessa... na oficina, mas que era essa maneira

da gente abordar e abordar as pessoas e esse trabalho assim [...] Você vai orientar, ajudar, você não vai impor o seu conhecimento, porque cada um é diferente (ET 4).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), acrescenta que é necessário que o tutor esteja aberto para o novo e disposto a se desapegar das formas tradicionais de transmissão do conhecimento. Associado à disposição de experienciar uma metodologia crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, é importante que o tutor tenha conhecimento teórico e vivencial na área e, se possível, em educação.

Para Ceccim (2005), a educação permanente em saúde constitui uma importante estratégia em busca de transformações do trabalho, local de atuação crítica e reflexiva, com compromisso, e o uso de técnica competente. Para isso, faz-se necessário o processo ensino aprendizagem no interior do setor saúde, com envolvimento dos trabalhadores, gestores, formadores e o controle social em saúde.

Questionamos os tutores ainda, quanto à participação nas atividades relacionadas com políticas públicas de saúde em AM. Os tutores revelam, em sua maioria, que já participaram na organização destas atividades, mas ressaltam que esta se deu mais a nível local, ou seja, na própria UBS. Esta afirmativa fica explícita nas falas abaixo:

Não, não, só mais local mesmo, do posto... e da rede amamenta (ET 6).

Já. No ano passado lá no Saco Grande a gente organizou, foi até em conjunto com a rede toda, que foi o concurso da mãe, que foi eleita a foto mais bonita [...] (ET 7).

Sim, que a gente como eu estou na administração central, são questões que a gente sempre trabalha, então já participei da organização de semanas mundiais da amamentação, participei do grupo local municipal daquela pesquisa da prevalência do Aleitamento Materno, que foi realizada na campanha de vacina [...] (ET 20).

Mesmo reconhecendo que atividades relacionadas com as políticas públicas de saúde em AM são realizadas, entendemos que os gestores municipais em conjunto com as UBS devem repensá-las para que sejam criadas propostas com cada vez mais impacto na sociedade.

A questão referente a participação dos tutores em entidades relacionadas ao AM, mostrou que 76% dos entrevistados não fazem parte de nenhuma entidade, 24% fazem parte, sendo que os que disseram fazer parte, consideraram a RAB e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAM) como entidades em AM, como percebido nas colocações subsequentes:

Não. Só da Rede Amamenta (ET 6).

Não, só tutora da IUBAM só, não tenho outra ligação assim... e a Rede Amamenta (ET 10).

Não... Só a Rede Amamenta (ET 12).

Acreditamos que a experiência dos tutores em AM, assim como todas as demais experiências adquiridas, preparam estes profissionais para melhor promover, apoiar e proteger o AM. As experiências discutidas acima, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) são, no entanto, requisitos desejáveis, porém não obrigatórios para a capacitação como tutor. Sendo que excepcionalmente, serão permitidos tutores que não preencham todas essas exigências.

O processo de implantação da Rede amamenta Brasil em Florianópolis sob a ótica dos tutores

Conhecendo as potencialidades no processo da implantação

No processo de implantação da rede foi possível identificar potencialidades. Ao discutirmos este assunto, vimos que os tutores foram comedidos. Ainda assim, uma das potencialidades apontadas foi o fato da RAB envolver profissionais das diferentes áreas. Citaram ainda a própria formação dos tutores da RAB e o incentivo ao aleitamento materno na Atenção Básica como potencialidades da rede:

A potencialidade é ter formado os tutores, eu acho que seria pior se não os tivesse pelo menos a gente, aos trancos e barrancos, consegue fazer o trabalho de formiguinha, mas pelo menos estamos fazendo, então é uma potencialidade (ET 2).

[...] essa questão da possibilidade de envolver várias pessoas, isso também é uma potencialidade, se as pessoas se envolvessem... não é pra ficar na função de uma pessoa só, pode mover todos os membros da equipe, então isso também é uma parte boa (ET. 9).

A questão do aleitamento materno em si só que é sempre uma coisa boa, então poder ter este espaço pra falar sobre aleitamento, ter esta questão da semana mundial do aleitamento materno, que aí vem o recurso, então eu acho que isso é uma coisa que é boa (ET 17).

A RAB se torna uma estratégia de grande inovação, pois é capaz de ligar seus diversos componentes. Além disso conta com a presepça dos tutores que são um dos principais pilares de sua sustentação. Sendo assim, reconhecidamente a RAB representa um grande avanço em termos de política pública de saúde, exatamente porque reforça o incentivo ao AM na AB, integrando os profissionais, para a melhoria dos índices de morbi-mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2011b).

A RAB é uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do AM na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS (BRASIL, 2011b). Aos integrantes da rede é de fundamental importância o conhecimento sobre o significado desta estratégia, para que a proposta seja repassada corretamente aos profissionais da UBS e à comunidade.

No que diz respeito à percepção das tutoras sobre o significado da RAB, identificamos que os mesmos têm uma visão crítica e em sua maioria a percebe como o próprio nome diz, como uma rede que vem para sensibilizar e unir os diversos profissionais em prol do AM na atenção básica.

É uma rede, então ela interliga os profissionais de saúde que estão na ponta, com a Secretaria de Saúde, com Ministério... é um trabalho bem importante, é um trabalho de estímulo mesmo para os profissionais que trabalham na atenção básica, estar incentivando o aleitamento materno (ET 1).

Para mim a rede, a função principal é sensibilizar todos os profissionais da área da saúde, todos, entre técnicos... enfim. Para melhor conduzir esses casos e para que a gente consiga atingir melhores índices de aleitamento [...] (ET 13).

Então a Rede Amamenta Brasil vem para implementar, as ações que a gente já vem fazendo na Atenção primária com foco na educação em saúde (ET19).

Complementando a fala dos tutores, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) explica que uma estrutura em rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. Os componentes da rede devem definir coletivamente os objetivos, agregar as pessoas, grupos ou organizações disponíveis ao redor desses objetivos e definir fluxos de acordo com a necessidade e gravidade de cada situação.

Os tutores se mostram bastante conscientes sobre o que a RAB representa e a forma com o qual ela se encontra articulada. O fato de termos profissionais tutores informados e conscientizados da importância da rede, mostra-se uma grande potencialidade.

Identificando Fragilidades no processo de implantação

A categoria que trata das fragilidades da RAB trouxe várias reflexões sobre como a rede está sendo visto pelos tutores. Como fragilidades da implantação da RAB em Florianópolis os tutores apontaram: a rotatividade dos profissionais, que se inserem na rede, fazem a capacitação/sensibilização e depois a abandonam; o excesso de demanda de trabalho nas UBSs, dificultando assim a atuação como tutor; e a oficina de sensibilização com relação ao uso de metodologias, ao tempo de sensibilização e a temática utilizada, representada nas falas a seguir:

[...] de repente estar revendo essa oficina da unidade, estar [...] uma outra metodologia, ou uma outra carga horária, de fazer uma coisa mais [...] porque muitas pessoas depois me disseram ‘nossa que chatice!’ [...] viam mais como uma obrigação e não entendiam aquilo que era pra ser, acho que é isso (ET 5).

Acho que a rotatividade da equipe de profissionais, quem foi... quem estava na oficina depois não está mais (ET 7).

Eu acho que é o excesso de demanda das equipes, com risco de desvalorização do aleitamento, tantas outras questões que são importantes [...] (ET 13).

Percebemos que a rotatividade dos profissionais juntamente com o excesso de demanda dos profissionais nas UBS fragiliza a RAB, pois inviabiliza que as ações em AM pactuadas, sejam realizadas com sucesso. A rotatividade dos tutores se deve ao desconhecimento dos mesmos quanto à importância do seu papel, já no momento em que são convidados a participar da capacitação. Já o excesso de demanda ocorre devido a grande quantidade de ações programáticas nas unidades, tais como Programa de Saúde do Escolar (PSE), Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), entre outros programas, que sobrecarregam os profissionais de saúde.

Conforme as falas, percebemos ainda que as oficinas de sensibilização nas UBS têm como objetivos discutir a prática do AM no contexto de trabalho e pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM de acordo com a realidade de cada UBS (BRASIL, 2009d). Estas oficinas são de relevante importância para o fortalecimento da rede tanto na esfera federal quanto nas demais esferas de governo. Segundo Venancio et al. (2011), a

capacitação das equipes de saúde deve ser incentivada no processo de implantação da rede, mostrando que esta fragilidade é identificada também em outras cidades brasileiras.

Logo, se entende que as oficinas também devem ser repensadas para que sejam menos estreitas e cansativas, sem que se perca, no entanto, a sua essência e filosofia.

Outra fragilidade apontada por grande parte dos tutores foi o fato de não poderem tutorar a sua própria UBS:

Eu acho que a maior fragilidade que existe na Rede Amamenta Brasil como um todo, é o tutor não ser da sua própria unidade. Eu sou totalmente contra isso. Eu acho muito complicado, eu acho muito complicado porque eu não acho isso prático [...] (ET 10).

O Ministério tem como diretriz que o tutor não seja tutor na sua unidade. Aqui em Florianópolis a gente tem esta divergência, de que agente tenta ser tutor na nossa unidade e estar brigando por isso, para manter isso, mas o Ministério vê que o tutor tem que ser de fora, então foi uma fragilidade por que dificulta nosso acesso [...] (ET 17).

Segunda, a questão de o tutor não ser da mesma unidade de saúde. Dificilmente eu vou ter um momento do tutor se deslocar de um lugar pra outro, para conversar com a equipe da qual ele está tutorando. A gente compreende que a rede tem medo, que o tutor estando dentro do posto de saúde, que ele possa encobrir resultados negativos, mas aí você tem a maturidade do profissional e agora com esse rastreamento do aleitamento materno pelo sistema não tem como você manipular os dados (ET 18).

Nos documentos oficiais divulgados pelo MS referentes à RAB, são inexistentes os termos que falam sobre os critérios de distribuição dos tutores nas UBS. No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) esclarece que cada UBS deve ter um tutor responsável por acompanhar e apoiar o desenvolvimento das ações em AM das equipes. Para isso, ele deve fazer visitas sistemáticas às unidades. As visitas devem ser realizadas no máximo a cada três meses, sendo sua frequência definida entre o tutor e a equipe, a partir das necessidades de cada UBS. Nessas visitas, o tutor preenche a ficha de acompanhamento das ações pactuadas na UBS para registrar a etapa de implementação das ações (BRASIL, 2011B). Acreditamos ser importante que o tutor não seja da sua própria unidade, pois poderia interferir na confiabilidade do mesmo, assim como dos dados obtidos.

Tendo em vista as fragilidades apontadas pelos tutores, concordamos com Venancio et al. (2011), quando recomenda que deve haver o fortalecimento do papel dos tutores no contexto de implantação da rede enquanto uma prioridade da política municipal de saúde.

O monitoramento, o processo e as dificuldades desse processo, também foram aspectos apontados pelos tutores. Como dificuldades os tutores destacaram o preenchimento incorreto das fichas pelos profissionais, falta de tempo dos tutores e pouca organização dos tutores e da própria RAB:

É, a dificuldade é que não está tendo esse retorno da própria coordenação da rede. Agora está esse entrave aí de sistematizar e informatizar, então, eu ainda não fiz nenhum monitoramento, se os outros estão fazendo eu não sei (ET. 9).

Bom, as dificuldades é o excesso de trabalho das equipes, que a demanda por “n” questões acaba o aleitamento ficando para segundo plano. No geral mesmo sabendo da importância... as outras questões sugam as equipes [...] (ET 13).

A dificuldade do monitoramento é responder adequadamente o questionário, então tem muitos dados que não são confiáveis. A gente trabalha com isso, mas eles não são 100% confiáveis (ET 15).

Reajustes frequentes têm sido realizados pelos gestores municipais no sistema de monitoramento para adequá-lo à rotina nas UBS. Entretanto, assim como os gestores, as equipes de saúde precisam reconhecer e valorizar estes monitoramentos, para que possam incorporá-lo em sua prática. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009d) o monitoramento dos indicadores em AM é um pré-requisito para a participação da UBS na RAB, até porque o acompanhamento das práticas de alimentação de crianças atendidas na UBS pode fornecer informações fundamentais para o planejamento e avaliação das ações de incentivo à amamentação.

Uma das competências do tutor da RAB, referida por Brasil (2009d) é acompanhar o desenvolvimento das ações em AM nas UBS sob sua responsabilidade. No entanto devido às diversas mudanças que ocorreram no ano passado, desde o processo de monitoramento, até mesmo na questão de mudança dos tutores das UBS, houve prejuízos nos acompanhamentos das ações nas unidades. Por todas estas mudanças percebe-se que agora é que os tutores estão se articulando para fazer estes acompanhamentos como preconiza a RAB:

Agora como mudou, eu vou iniciar e aí eu vou ter um período... porque são unidades que eu vou ter que me deslocar de onde eu estou e eu vou ter um período pra fazer isso, que está sendo acordado, já foi acordado, o que eu tenho é que organizar a agenda com a minha coordenação [...] (ET 4).

Então era para ser de três em três meses, só que agora que a gente está realmente fazendo isso, porque a partir de junho que a gente vai começar a fazer um acompanhamento (ET 5).

Eu como tutora, ainda tenho que saber de qual unidade eu vou ser tutora por que eu mudei de distrito (ET 14).

Conforme orienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), cada UBS deve ter um tutor responsável por acompanhar e apoiar o desenvolvimento das ações em AM das equipes. Para isso, ele faz visitas sistemáticas às unidades. As visitas devem ser realizadas no máximo a cada três meses, sendo sua frequência definida entre o tutor e a equipe, a partir das necessidades de cada UBS. Nessas visitas, o tutor preenche a ficha de acompanhamento das ações pactuadas na UBS para registrar a etapa de implementação das ações. Quando questionados se as ações pactuadas são concretizadas, obtivemos as seguintes falas:

É que eu não... lá no Saco Grande era... aqui não tem ação porque não foi feita... mas lá a gente conseguia assim e nas unidades que eu era tutora também conseguiram [...] (ET 7).

Assim o que foi pactuado na oficina sim, estamos fazendo que, é o grupo de gestante, a creche amiga da amamentação, esta visita que até então tinha sido pactuada e a gente ainda não tinha feito e agora a gente vai conseguir fazer, então está tudo aí o fluxo também está incluído (ET 16).

Como eu estou pegando agora a unidade, a gente ainda não conseguiu verificar isso, justamente por que a gente ainda não teve o retorno do acompanhamento dessas unidades, não vou saber dizer como está lá na Lagoa (ET 20).

Os tutores se mostram bastantes confusos devido ao fato de terem trocado de UBS, ou seja, não tutorear mais nas UBS que atuam. Sendo assim, tinham dificuldade de responder quais ações foram ou não concretizadas. Ainda assim, os tutores revelaram que algumas ações pactuadas não foram concretizadas totalmente, ficando algumas pendentes ou não executadas.

A questão que trata do sentimento do tutor com relação ao seu próprio desempenho foi marcada pela necessidade sentida por eles, de mais cursos de capacitação e tempo para o monitoramento e acompanhamento das ações, como mostra as falas a seguir:

Ai mais informações, entende... então mais capacitação. A oficina foi ótima, mas acho que precisa mais. A própria oficina de manejo foi muito boa mais eu acho que a gente precisa

mais, sempre tem coisas diferentes, você tem dúvidas e eu acho que eu preciso cada vez mais sabe, estar atualizando (ET 4).

Eu acho que eu ainda não estou fazendo tudo que eu posso, mas eu acho que é porque a gente precisa se organizar melhor, mas depois que tiver tudo mais certinho, eu acho que eu vou conseguir fazer o que precisa (ET 6).

Então a minha dificuldade, está associada à coordenação, tipo assim ser coordenadora e tutora me deixa muito limitada, porque às vezes eu me programo pra fazer determinada coisa, e aí vem uma convocação ou as vezes vem uma reunião uma outra coisa da coordenação, e eu acabo tendo que deixar a tutoria de lado [...] (ET 22).

Vemos que os tutores reconhecem a importância de estarem sempre se renovando, tornando-se mais capacitados para atender melhor o binômio mãe/bebê. Realizar capacitações e/ou minicursos sobre AM, especialmente manejo clínico da amamentação nas UBS, poderia ser favorável, pois além de atualizar os profissionais, otimizaria o tempo dos mesmos.

Quando se fala na receptividade da RAB nas UBS existe uma divergência de ideias, conforme vemos nas seguintes falas:

Às vezes a gente não é bem interpretado e bem recebido, pelos colegas das equipes, mas por falta de informação talvez, de formação. Por exemplo, as oficinas da Rede Amamenta Brasil não são muito bem recebidas às vezes pelos colegas, pelas equipes de saúde da família e isso é uma pena, então às vezes a gente tem bloqueios, não é pelo usuário não, é pelos próprios colegas de trabalho (ET 2).

Aqui foi muito legal o curso nosso foi assim bem aproveitado por todo mundo. Teve uma participação de 100% dos profissionais e foi muito bem ministrado também pelas tutoras que vieram fazer a oficina (ET 17).

Até de início assim, foi aquele... uma barreira assim, mais um treinamento que o pessoal vem falar aqui de novo, mas no fim... tinha um dentista super-resistente, que não se via no assunto amamentação e assim, foi o que mais gostou, ele começou a ver que ele também podia fazer parte do processo. Foi assim... de início, um pouco de barreira, mas depois foi super... assim, eles foram super receptivos e gostaram (ET 7).

Enquanto por um lado existem profissionais que recebem bem a RB, mas que depois não conseguem dar continuidade às ações propostas devido à rotina de trabalho e falta de RH;

por outro existem aqueles que percebem isso como mais uma coisa a ser feita e não a recebem com afeição.

É visível a partir das falas dos tutores, que a receptividade dos profissionais com relação à RAB nem sempre é positiva isso é preocupante já que dessa aceitação e consequente adesão, depende o sucesso das ações em AM propostas pelas equipes. Compartilhamos da mesma tese de Venancio et al. (2011), onde sustentam que o impacto da rede no AM dependerá do “grau” de adesão a essa proposta, ou seja, da intensidade de mudanças nas práticas de saúde decorrentes da reflexão e planejamento desencadeados pela oficina na UBS e também de aspectos políticos e organizacionais próprios dos municípios e UBS.

Diante do exposto não podemos deixar de ressaltar a importância da Secretaria Municipal de Saúde e das UBS caminharem juntas na realização de atividades vinculadas ao AM.

Apontando soluções para o fortalecimento da Rede amamenta Brasil em Florianópolis

Reconhecendo as fragilidades da implantação RAB e buscando fortalecê-la enquanto política pública de saúde em Florianópolis, entendemos ser imprescindível fornecer aos gestores da RAB propostas para sua melhoria, e as entrevistas com os tutores nos trouxeram estes elementos.

As ações de incentivo do AM nas UBS, na maioria das vezes, são ações desenvolvidas por meio de orientações nos atendimentos individuais, como nas consultas de pré-natal, puerperal e até mesmo no teste do pezinho. Além disso, são feitas ações nos grupos de gestantes e visitas domiciliares, ficando claro nas afirmações abaixo:

Eu procuro falar bastante no pré-natal... no grupo de gestante também a gente fala e... assim no puerpério se está assim com alguma dificuldade, também faço visita domiciliar, não faço pra todas, porque eu acho que deveria fazer, mas não consigo fazer e... mas eu também pego elas aqui no teste do pezinho [...] (ET 6).

Desde os grupos de gestantes de incentivo ao aleitamento materno, das divulgações visuais, nos grupos de gestantes a gente fala muito de aleitamento materno. Mostrar para as pacientes a realidade da amamentação, saber que amamentar não é um conto de fadas (ET 14).

Então a gente tem o grupo de gestante, tem os atendimentos de pré-natal, tem as consultas puerperais, tem as consultas com a própria pediatra, então no décimo dia tem as

orientações que são feitas, pelas enfermeiras na sala de vacina. Eu sei que as meninas acabam questionando, como esta a amamentação, por que principalmente por volta do quinto dia elas acabam vindo aqui para fazer o teste do pezinho [...] (ET 22).

A partir da análise das falas a cima, vimos que todas as UBS executam ações de impacto sobre a prevalência do AM. Lembramos, no entanto, que muitas destas ações já eram realizadas pela equipe, antes mesmo da existência da RAB. Porém, com o advento da RAB percebe-se que várias ações passaram a ser reforçadas e/ou readequadas.

Com relação aos sistemas de monitoramento dos indicadores de AM, vimos que o mesmo sofreu constantes alterações visando torná-lo mais adequado para a rotina de trabalho das UBS. Embora de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009d), para o monitoramento, a RAB tenha optado por utilizar o SISVAN Web, em Florianópolis este sistema não está sendo alimentado, sendo o INFO saúde o principal sistema de monitoramento adotado.

Quando as questionamos com relação à monitorização dos indicadores de AM, os tutores, em sua maioria, informaram utilizar um questionário de AM disponibilizado no INFO saúde, ou seja, não utilizam o sistema preconizado pelo MS. Este sistema foi implantado no ano passado, mas não teve boa aceitação das equipes de saúde, pois costumava aparecer no final dos atendimentos. Atualmente ele tem aparecido no início e no fim da abertura do prontuário, facilitando a colocação das informações. As adaptações feitas no INFO saúde, demonstra a dedicação dos gestores da RAB na implementação dos sistemas de monitoramento, visando torná-los mais fidedignos.

Ainda assim, os tutores revelam que este sistema, embora importante, não costuma ser preenchido corretamente pelos profissionais, como pode ser visualizado nas falas expostas a seguir:

Eles estão me trazendo que não estão fazendo a anotação corretamente, eu acho que vai dar erro de dados, de coleta de dados. Antigamente o questionário vinha no final do atendimento das crianças, agora finalmente está vindo ao começo, mas mesmo assim, as pessoas falam pra mim que não fazem direito, porque acham muito longo, porque acham que aquilo é chato, mas porque que eles acham que é chato? Porque eu acho que falta assim... uma capacitação melhor das equipes em relação à importância disso [...] (ET 2).

O sistema, já vou te adiantar, que é totalmente falho. Foi um monitoramento que veio de uma hora pra outra e a maioria dos profissionais que eu convivo tanto aqui quanto lá,

burlam o monitoramento. Eles acharam que veio de uma hora para outra sem nenhum aviso de que viria e nem do que é, nem para que é. Simplesmente abre uma tela cheia de perguntas, que trava não pode desligar, ou então às vezes ele abre quando a pessoa tá atendendo urgência e aí a pessoa já liberou, já foi embora, mas eu acho que o monitoramento, esse monitoramento é a forma mais fácil de fazer e legal, porque ele já está pronto no sistema, clica [...] faltou principalmente a sensibilização de quem vai responder. (ET 7).

Então, eu tenho levantado relatório, a gente tem um relatório. Acho que o relatório ajuda, mas ela não é muito [...] eu acho que precisaria de ajustes, desses relatórios. A gente tem duas formas de gerar esse relatório, é que cada criança que é atendida abre um relatório que a gente tem que preencher... eu acho que tem falhas naquilo ali [...] (ET 12).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) em 2010, após relatos de dificuldades de UBS de vários estados em acessar o Sisvan Web, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição ofereceram aos estados e municípios uma nova alternativa de monitoramento, como medida temporária para certificar as UBS que cumprem todos os critérios, mas não conseguem acessar o Sisvan Web. A alternativa seria de monitorar os índices de AM por meio do Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar para Crianças Menores de 5 Anos de Idade e consolidar os dados mensais na Planilha Mensal Consolidada.

Ainda com relação ao monitoramento dos indicadores em AM os tutores foram questionados quanto ao monitoramento por no mínimo três meses consecutivos pelas UBSs, já que segundo a recomendação do MS (BRASIL, 2009d) o monitoramento dos indicadores em AM devem acontecer por no mínimo três meses consecutivos, com a utilização do SISVAN Web.

A partir das falas dos tutores, chegamos à conclusão de que o monitoramento ainda não está sendo realizado conforme preconiza a RAB, no entanto, encontra-se a caminho de ser implantado:

Não! Vai iniciar agora, mas não ainda não (ET 5).

Ainda não está implantado... a gente se organizou, começa agora, a gente vai ter assim, nós mudamos a reunião [...] nós tínhamos a reunião mensal da rede amamenta, serão duas reuniões, a terceira a gente invés de ir pra reunião a gente vai pra unidade de saúde, onde a gente é tutor, fazer a coleta de dados (ET 11).

Aí é que vem a questão do INFO, dos relatórios dos dados, não como deveria até faz, responde, todos os questionários, mas a gente não parou para ver esses dados nos três meses, faz os dados, mas não parou ainda para olhar (ET 17).

Perguntamos para os tutores se os mesmos sentem necessidade de espaços para discussão com a sua equipe de trabalho, assim como os temas necessários de serem abordados e como isso poderia ser feito considerando o modo e o ritmo de organização do trabalho da RAB. A maioria dos tutores diz sentir necessidade de espaço para discussão no processo de trabalho, sugerindo como tema o manejo clínico do AM e suas atualizações. Eles acreditam que essa discussão poderia ser feita nas próprias reuniões de equipes ou até mesmo em eventos mais grandiosos, conforme se evidencia nas falas abaixo:

Com certeza, nós temos a reunião [...] a de equipe do mês é difícil, mas nós temos. São duas horas de reunião de planejamento toda a semana. Aí é que está. É para tudo, precisa fazer mais, a gente tem tentado, falta um pouco de tempo [...] (ET 4).

Sinto muita! Difícilmente... porque a gente tem reunião de equipe uma vez por mês aqui... eu não consigo falar sobre a rede amamenta, sabe, nunca tem espaço pra mim poder falar, ou se eu falo... três minutinhos daí todo mundo já começa a falar de outro assunto, que é mais interessante, é mais... no fim é o mesmo assunto mais... e eu acho que poderia ter bem mais espaço (ET 6).

Com a minha equipe para gente é tranquilo, por que a gente já faz isso, a gente já tem um espaço pra discutir os indicadores, as ações o que a gente vai planejar, enquanto unidade então é tranquilo, temas específicos de amamentação então a gente tenta algumas vezes esta fazendo educação permanente na unidade [...] (ET 22).

Com base nos relatos analisados entendemos que o AM, assim como o manejo clínico da amamentação deve estar sempre em evidência nas UBS, sendo tema de pauta nas diferentes reuniões. Acreditamos que colocar o AM nos programas anuais de avaliação, como por exemplo o PMAQ, seria um importante meio para trazer a tona essa discussão entre as equipes, visando que ela seja encarada como uma prioridade de saúde pública.

Solicitamos aos tutores que dessem sugestões para melhorias da implantação da RAB em Florianópolis. Os tutores sugeriram:

Eu acho que a primeira parte é pegar as pessoas realmente interessadas. Acho que desde aquele curso de formação, desde a seleção das pessoas, porque daí a partir daquele

perfil é feito todo o curso. Então é divulgar exatamente o que é, para o povo o que é a rede amamenta antes de selecionar as pessoas pra que elas queiram ou não fazer (ET 5).

Primeiro de tudo, uma melhor triagem dos tutores que participam da rede amamenta e em segundo lugar trabalhar melhor as oficinas que estão sendo feitas nas unidades, tentar adequar a oficina ao perfil daquela unidade (ET 14).

A questão do RH é uma questão extremamente importante, eu acho que a gente tem que ter um quadro fixo de profissionais, exatamente para que não haja dificuldades, para que a gente não invista em capacitações, que daqui a pouco elas se despedem, por que este profissional leva com ele, essa capacitação, para que se consolide de fato (ET 21).

Em Florianópolis para as 39 UBS sensibilizadas, existem apenas 30 tutores capacitados. Fica visível, assim, a necessidade de se capacitar novos tutores, para não haver sobrecarga de tutorias tampouco a desistência dos tutores já formados. Porém essa formação/capacitação deve ser mais refinada a fim de que sejam selecionados tutores mais engajados na causa e conhecedores da importância da RAB.

Por fim questionamos os tutores sobre como foi a sua inserção como tutor da RAB. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009d) as oficinas de formação de tutores são destinadas a representantes indicados pelas Áreas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e de Atenção Básica dos Estados e capitais, tendo como objetivo capacitar os profissionais para a utilização da educação crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do AM, permitindo-lhe a formação de novos tutores e realização de oficinas de trabalho em AM nas UBS. Sendo assim, faz-se necessária a sugestão de que esta informação seja repassada aos profissionais a tempo de que optem por fazer ou não a capacitação de tutor.

Os tutores em sua maioria revelam que sua inserção na RAB se deu através de um convite para participação em um curso sobre AM, e que não sabiam que se tratava de uma capacitação para tutores. Algumas tutoras se mostraram descontentes por não terem recebido esta informação. Outros, no entanto, se inseriram por iniciativa e interesse próprio, que serviram como um complemento ao conhecimento adquirido anteriormente:

Então, eu fui convidada pra participar da Rede Amamenta Brasil eu nem sabia o que era. Eu fui convidada, eu sei que era uma semana, eu pensei que era muitos dias pra trabalhar a questão do manejo porque era uma semana toda. Eu achei que fosse isso, não tinha ideia do que era a rede ainda [...] (ET 1).

[...] chegou um comunicado dizendo que ia ter um curso de amamentação e a princípio era para as enfermeiras, mas nenhuma podia ir, eu me ofereci pra ir. Daí na hora que eu cheguei lá... e muitas pessoas da minha formação, ali da minha turma, também foi a mesma coisa, pessoas que até desistiram depois, porque não sabiam porque estavam indo e quando chegaram lá fizeram mas não quiseram continuar [...] então foi bem assim, caí de paraquedas, vou ser bem sincera, eu caí de paraquedas (ET 5).

Eu fui convidada por ter essa formação em enfermagem obstétrica, eu fui convidada pela M que é tutora, gerente dos programas estratégicos por ela saber que é uma área que eu gosto muito ela me convidou [...] (ET 21).

Nas afirmações supracitadas percebe-se que o fato de muitos tutores terem acreditado que participariam de um curso em AM e não de uma capacitação de tutores foi determinante para a grande evasão dos mesmos, e que após conhecerem as responsabilidades desta função, acabam desistindo.

O desconhecimento dos entrevistados com relação às oficinas de formação de tutores, nos desperta para a questão da fragilidade de informações e divulgações da RAB tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade. Por este motivo, faz-se importante a sugestão de uma maior divulgação da RAB por parte dos gestores para conquistar mais profissionais engajados no incentivo ao AM, para que se fortaleça esta prática nas diferentes comunidades de Florianópolis.

Venancio et al. (2011) fazem recomendações para o fortalecimento da implantação da RAB nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). Concordamos com estes autores quando fazem as seguintes recomendações para a esfera municipal:

- Priorização da Rede Amamenta Brasil nos planos municipais de saúde, a fim de garantir apoio político e financeiro para a sua implantação;
- Fortalecimento da Coordenação Municipal da Rede Amamenta Brasil;
- Definição de desenhos de implantação da Rede adequados aos diferentes contextos organizacionais;
- Fortalecimento do papel dos tutores no contexto de implantação da Rede enquanto uma prioridade da política municipal de saúde;
- Incentivo à capacitação das equipes de saúde no processo de implantação da Rede;
- Apoio às equipes de saúde para a inclusão, nos planos de ação, de intervenções efetivas para o aumento da prevalência do AM, demonstradas por evidências científicas (VENANCIO, et al., 2011)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo revelam a percepção dos tutores acerca do processo de implantação da RAB, sendo essa percepção, compreendida e analisada a partir de três categorias: conhecendo as potencialidades no processo de implantação; identificando fragilidades no processo de implantação e apontando soluções para o fortalecimento da RAB.

A síntese dos dados obtidos permite avaliar o processo de implantação da RAB na cidade de Florianópolis/SC, sob a ótica dos tutores, atendendo desta forma, o objetivo geral do estudo. De acordo com o perfil sócio-biográfico dos tutores, a maioria, (55%) dos tutores, é natural de Santa Catarina, e os demais de outros estados brasileiros. Com relação à formação profissional, temos enfermeiros (64%), médicos (18%) e odontólogos (18%), sendo que a maior parte é formada pela Universidade Federal de Santa Catarina (73%) e quase todos revelam ter feito curso de pós-graduação (91%). Ressaltamos que do total de tutores, grande porcentagem afirmam ter realizado a capacitação como tutor da RAB nos últimos quatro anos (64% em 2010; 18% em 2009; 14% em 2008 e 4% em 2011).

Com relação à experiência dos tutores em AM, vimos que em sua totalidade, estes afirmam possuir experiências advindas da formação na graduação e/ou profissionalmente devido à atuação na própria unidade. Sendo assim, esta experiência se dá de acordo com a formação profissional dos mesmos, ou seja, atuam na área desde que são formados.

Dos questionamentos feitos aos tutores foi possível identificar fragilidades e potencialidades do processo de implantação da rede. Quanto às potencialidades no processo de implantação os tutores apontam o fato da RAB envolver profissionais das diferentes áreas, pois esta seria a essência da RAB: unir os diferentes profissionais em prol do AM. A própria formação dos tutores da RAB e o incentivo ao AM na Atenção Básica também foram potencialidades referidas pelos tutores. Percebemos que as potencialidades elencadas pelos tutores, representam os verdadeiros elementos que sustentam a existência da RAB em Florianópolis. A estrutura da RAB unindo várias esferas que se interconectam, a união dos mais variados profissionais, a existência do profissional tutor, o compartilhamento de experiência, a colaboração nas ações, etc, representam o grande diferencial desta estratégia.

No que se referem às fragilidades os tutores citam a rotatividade dos mesmos, pois esta prejudicaria a continuidade da implantação da RAB, já que estes se inserem na rede, fazem a capacitação/sensibilização e depois a abandonam. Vimos que uma das principais razões para este abandono, é o desconhecimento da proposta quando são convidados para participar do encontro da RAB. O excesso de demanda de trabalho nas UBS, o tutor não ser

da sua própria UBS, o monitoramento dos indicadores de AM e as oficinas de sensibilização também foram criticadas pelos tutores.

As oficinas de sensibilização nas UBS são de relevante importância para o fortalecimento da rede, já que elas promovem o repensar crítico dos profissionais das UBS, e, portanto, devem ser incentivadas e valorizadas no processo de implantação da rede.

Quanto à questão da tutoria, faz-se necessário promover a discussão, já que uma das maiores queixas dos tutores foi referente à falta de tempo para acompanhar as ações nas UBS, e que sendo assim, tutoriar a sua própria unidade, facilitaria este acompanhamento.

Acreditamos que os órgãos competentes devam analisar este critério com maior atenção para que não inviabilize esta supervisão, visto que esta é de grande importância para que sejam apurados o impacto da RAB nos índices de AM na cidade de Florianópolis, SC.

Por fim, são apontados como soluções para o fortalecimento da RAB a capacitação e sensibilização constante dos profissionais de saúde envolvidos, afim de que estes abracem a proposta da RAB. Junto a isto, deve-se haver ainda uma maior conscientização dos profissionais com relação ao sistema de informação utilizado pela Prefeitura de Florianópolis, visando o seu correto preenchimento para favorecer a fidedignidade dos índices de AM no município em questão.

É reconhecido o grande potencial que a RAB tem na promoção de mudanças significativas no processo de trabalho nas UBS, ainda assim, acreditamos que para o sucesso da implantação da rede, reparos precisam ser feitos. Especial atenção deve ser dada aos tutores, já que o seu papel dentro da RAB é de fundamental importância para que o fortalecimento desta estratégia seja possível.

Esperamos que os resultados discutidos neste estudo possam auxiliar os gestores e coordenadores municipais da RAB, para que a sua implantação se firme como uma prioridade da política municipal de saúde, e nos termos da Estratégia Alimentar, recentemente lançada no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.M.S. A política nacional de aleitamento materno. In: ISSLER, H. (coord. geral). **O aleitamento materno no contexto atual**. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101.

ARAÚJO, M.F.M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Rev. Saúde Pública**. 2006; 40:513-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.58 p.: il. – (Série I. História da Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.799, de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil. Brasil, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Rede amamenta Brasil: caderno do tutor**. 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: **nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher** – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. p.195-212.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

FIOCRUZ. **Rede de bancos de leite humano.** Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352> Acesso em: 25 Jan. 2012.

OLIVEIRA, M.I.C de; **Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.** Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=379> Acesso em 30 de Jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Amamentação.** 2003. Disponível em: www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf Acesso em: 27 Jan. 2012.

VENANCIO, S. I. et al. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil.** Relatório de pesquisa. 2011.

WENZEL, D.; SOUZA, S.B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum** 2011; 21(2): 251-258.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

São de reconhecimento mundial as vantagens da amamentação para a mãe, para o bebê, para a sociedade e para os gestores públicos. No entanto, o Brasil ainda está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e Ministério da Saúde (MS) de Aleitamento Materno Exclusivo nos primeiros seis meses de vida, representando assim, um grave problema de saúde pública.

Na tentativa de solucionar este problema, o país não tem medido esforços na implantação de políticas públicas que favoreçam e incentivem o AM, tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção básica. Lançada em 2009 em Florianópolis, a RAB trata-se de uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao AM na atenção básica e diante da sua recente implantação, sentimos a necessidade de, através deste estudo, avaliar o processo de sua implantação nesta cidade.

Sendo assim, os achados do presente estudo revelam a percepção dos tutores acerca do processo de implantação da RAB, porém essa percepção, para facilitar a análise de dados, foi dividida em três categorias: conhecendo as potencialidades no processo de implantação; identificando fragilidades no processo de implantação e apontando soluções para o fortalecimento da RAB.

A síntese dos dados obtidos permitiu avaliar o processo de implantação da RAB na cidade de Florianópolis/SC, sob a ótica dos tutores, identificando o perfil sóciobiográfico dos mesmos. Sendo assim identificamos que a maioria, (55%) dos tutores, é natural de Santa Catarina, e os demais de outros estados brasileiros. Com relação à formação profissional, temos enfermeiros, médicos e odontólogos, sendo que a maior parte são formados pela Universidade Federal de Santa Catarina (73%) e quase todos revelam ter feito curso de pós-graduação (91%). Ressalta-se que do total de tutores, grande porcentagem afirmam ter realizado a capacitação como tutor da RAB nos últimos quatro anos (64% em 2010; 18% em 2009; 14% em 2008 e 4% em 2011).

Com relação à experiência dos tutores em AM, vimos que em sua totalidade, estes afirmam possuir experiências advindas da formação na graduação e/ou profissionalmente devido à atuação na própria unidade. Sendo assim, esta experiência se dá de acordo com a formação profissional dos mesmos, ou seja, atuam na área desde que são formados.

Dos questionamentos feito aos tutores podemos identificar fragilidades e potencialidades do processo de implantação da rede. Quanto as potencialidades no processo da implantação os tutores apontam o fato da RAB envolver profissionais das diferentes áreas, pois esta seria a essência da RAB: unir os diferentes profissionais em prol do AM. A própria formação dos tutores da RAB e o incentivo ao AM na Atenção Básica também foram potencialidades referidas pelos tutores. Percebemos que as potencialidades elencadas pelos tutores, representam os verdadeiros elementos que sustentam a existência da RAB em Florianópolis. A estrutura da RAB unindo várias esferas que se interconectam, a união dos mais variados profissionais da saúde favorecendo a troca de informações, o compartilhamento de experiência, a colaboração nas ações, etc, representa o grande diferencial desta estratégia.

No que se referem às fragilidades os tutores citam a rotatividade dos mesmos, pois esta prejudicaria a continuidade da implantação da RAB, já que estes se inserem na rede, fazem a capacitação/sensibilização e depois a abandonam. Vimos que uma das principais razões para este abandono, é o desconhecimento da proposta quando são convidados para participar do encontro da RAB. O excesso de demanda de trabalho nas UBS, o tutor não ser da sua própria UBS, o monitoramento dos indicadores de AM e as oficinas de sensibilização também foram criticadas pelos tutores.

As oficinas de sensibilização nas UBS são de relevante importância para o fortalecimento da rede, já que elas promovem o repensar crítico dos profissionais das UBS, e portanto, devem ser incentivadas e valorizadas no processo de implantação da rede.

Quanto à questão da tutoria, faz-se necessário promover a discussão, já que uma das maiores queixas dos tutores foi referente à falta de tempo para acompanhar as ações nas UBS, e que sendo assim, tutoriar a sua própria unidade, facilitaria este acompanhamento.

Acreditamos que os órgãos competentes devam analisar este critério com maior atenção para que não inviabilize esta supervisão, visto que esta é de grande importância para que sejam apurados o impacto da RAB nos índices de AM na cidade de Florianópolis, SC.

Por fim, são apontados como soluções para o fortalecimento da RAB a capacitação e sensibilização constante dos profissionais de saúde envolvidos, afim de que estes abracem a proposta da RAB. Junto a isto, deve-se haver ainda uma maior conscientização dos profissionais com relação ao sistema de informação utilizado pela Prefeitura de Florianópolis, visando o seu correto preenchimento para favorecer a fidedignidade dos índices de AM no município em questão.

A conclusão desta pesquisa se dá em um momento de transição da RAB. Em Abril de 2012 surge uma nova estratégia que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS – a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Esta nova estratégia é resultado da união das ações da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

É reconhecido o grande potencial que a RAB tem na promoção de mudanças significativas nos processo de trabalho nas UBS, ainda assim, acreditamos que para o sucesso da implantação da rede, algumas questões precisam ser analisadas e corrigidas, como por exemplo, o papel do tutor. O tutor é figura central para a implantação e alcance dos objetivos da rede (Venancio et al, 2011), sendo assim, possui fundamental importância para o fortalecimento desta estratégia. Esperamos que os resultados discutidos neste estudo possam auxiliar os coordenadores municipais da RAB nestes reparos, para que a sua implantação se firme como uma prioridade da política municipal de saúde.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S.M.S. A política nacional de aleitamento materno. In: ISSLER, H. (coord. geral). **O aleitamento materno no contexto atual**. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101.

AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Perspectivas on line**. Vol 3 nº 9. 2009.

ARAÚJO, M.F.M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Rev. Saúde Pública**. 2006; 40:513-20.

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado em Saúde Pública] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. Cadernos esp - Escola de Saúde Pública do Ceará - v. 1 - n. 1 - julho - dezembro – 2005. Disponível em:<www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_1688.pdf> Acesso em: 21 Nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal**: relatório. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.58 p. : il. – (Série I. História da Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.799, de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil. Brasil, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Rede amamenta Brasil**: caderno do tutor. 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: **nutrição infantil**: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher** – PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. p.195-212.

_____. Ministério da Saúde. **A iniciativa hospital amigo da criança no Brasil**: histórico, situação atual, ações e perspectivas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460> Acesso em: 25 Jan. 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. 1996. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm> Acesso em: 25 Jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1528> acesso em: 03 Jun. 2012a.

BRITO, A.V. **A importância da equipe de saúde da família na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança**. Orientado por Edison José Corrêa. Belo Horizonte, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de

Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 161-168. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>.

FIOCRUZ. **Rede de bancos de leite humano.** Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>> Acesso em: 25 Jan. 2012.

FONSECA, E.; COELHO, R. C. A. Caso saúde. In: CAULLIRAUX, H.; YUKI, M. (Orgs.) **Gestão pública e reforma administrativa.** Rio de Janeiro: Ed. Lucerna, 2004.

GAUTHIER, J. H. M. et al. **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 302p.

LAMOUNIER, J. A. Experiência iniciativa hospital amigo da criança. Minas Gerais. **Rev Ass Med Brasil** 1998; 44(4): 319-24.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa e saúde.** 2. ed. Rio Grande do Sul: Ed. Pallotti, 2002. 294p.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª ed. São Paulo. Hucitec, Abrasco. 2008.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, M.I.C de; **Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação**. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=379>> Acesso em 30 de Jun. 2012.

OLIVEIRA, M. I. C. de.; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 5, Nº 1, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Amamentação**. 2003. Disponível em: <www.opas.org.br/sistema/fotos/amamentar.pdf> Acesso em: 27 Jan. 2012.

PEREIRA, R.S.V et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12): 2354, dez, 2010.

SILVA, E. L. da. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**/Edna Lúcia da Silva, Eстера Muszkat Menezes. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>> Acesso em: 25 Mai. 2012.

SOUZA, L. M. B. M., 1998. **Promoção, proteção e apoio**. Apoio? – Representações sociais em aleitamento materno. Rio de Janeiro, IFF – FIOCRUZ/Ministério da Saúde Dissertação de Mestrado (mimeo).

TEIXEIRA, M.A. et al. **Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar**: a cultura do querer-poder amamentar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1): 98-106.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. rev. amp. Florianópolis: Insular, 2004.

VENANCIO, S. I. et al. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil**. Relatório de pesquisa. 2011.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E.M.A.; VAZ, F.A.C. Leite humano: um pouco de sua história. **Pediatrics** (São Paulo) 2001; 23(4): 340-5.

WENZEL, D.; SOUZA, S.B. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev Bras Cresc e Desenv Hum** 2011; 21(2): 251-258.

APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



Projeto: “Rede Amamenta Brasil: Processo de implantação em Florianópolis/SC sob a ótica dos tutores”.

Pesquisadora Coordenadora: Prof^ª. Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

Pesquisadoras participantes: Ana Carolina Cunha e Larissa Graciele de Oliveira.

Instituição: Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC.

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data da entrevista: ____/____/____.

1. Dados de Identificação do Tutor

Nome do tutor: _____ Sexo: _____

Idade: _____ Estado civil: _____

Naturalidade _____

Número e idade dos filhos _____

Possui alguma Vivência com a amamentação? (Sim ou não? Se sim, por quanto tempo?).

Formação/Instituição: _____

Em que ano concluiu o curso de graduação: _____

Fez algum curso de pós-graduação? Qual (is) e quando?

Ano de Término da Capacitação: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Tempo de trabalho na UBS: _____

Telefone/cel: _____

E-mail: _____

2. Dados relacionados a experiência do tutor em aleitamento materno

1. Qual sua experiência em manejo clínico do Aleitamento Materno? Há quanto tempo atua na área?

2. Realizou algum curso de formação em Aleitamento Materno?

☐ SIM ☐ NÃO.

Se positivo, que tipo de curso?

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Manejo Clínico | ➔ Carga horária _____ h |
| 2. <input type="checkbox"/> Aconselhamento | ➔ Carga horária _____ h |
| 3. Outros _____ | ➔ Carga horária _____ h |

3. Qual sua experiência em educação em saúde?

4. Tem vivência/experiência em metodologias ativas de ensino/aprendizagem?

5. Tem experiência em condução de grupos?

6. A Rede Amamenta tem como princípio a educação crítico-reflexiva. Como vocês vêem isso? Como incorporam em sua prática?

7. Já participou na organização de atividades relacionadas com políticas públicas de saúde em Aleitamento Materno? (Ex: Semana Mundial da Amamentação) Cite quais.

8. Faz parte de entidades (comitês, ONGs, associações) relacionadas ao Aleitamento Materno? Qual e quanto tempo?

3. Dados relacionados a atuação do tutor da rede amamenta.

1. O Ministério lançou em 2007 uma nova proposta de promoção ao aleitamento na Atenção Básica: A Rede Amamenta Brasil. Para vocês, o que é a Rede Amamenta? Como vocês a percebem?

2. Como tem sido a receptividade da Rede Amamenta nas UBS?

3. Comente sobre sua inserção como tutor da Rede Amamenta Brasil.

4. A Rede tem desencadeado mudanças significativas nos processos de trabalho?

5. Cite por ordem de prioridade 3 (três) fragilidades da implantação da Rede Amamenta Brasil na Unidade Básica de Saúde que você atua?

6. Cite por ordem de prioridade 3 (três) potencialidades da implantação da Rede Amamenta Brasil na Unidade Básica de Saúde que você atua?

7. Que ações de incentivo ao aleitamento materno você realiza na Unidade Básica de Saúde de sua atuação?

8. Como são realizados os monitoramentos dos indicadores de Aleitamento Materno da sua área de abrangência? O que você acha desse sistema?

9. Com que frequência você acompanha, o desenvolvimento das ações em AM nas UBS sob sua responsabilidade?

10. Você e sua equipe conseguem concretizar as ações pactuadas? Justifique.

11. Que necessidades você sentiu e/ou sente com relação ao seu desempenho profissional na Rede Amamenta Brasil?

12. Você sente necessidade de espaços para discussão com a sua equipe de trabalho? Que temas/assuntos/questões você considera necessários de serem abordados? Como isso poderia ser feito considerando o modo e o ritmo de organização do trabalho da Rede Amamenta Brasil?

13. Você recebe apoio e incentivo dos seus colegas de trabalho por atuar como tutor da Rede Amamenta Brasil?

14. A UBS está realizando o monitoramento dos indicadores de AM, por no mínimo três meses consecutivos?

1. ☐ SIM 2. ☐ NÃO
-

15. Como está sendo o processo e quais as dificuldades para o monitoramento?

16. Como são planejadas as oficinas que você coordena ?

17. Como se dá a construção do fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê em amamentação nas UBS sob sua responsabilidade?

18. Que sugestões você daria para melhoria da implantação da rede?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Enfermagem

Curso de Graduação em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Nós, Ana Carolina Cunha e Larissa Graciele de Oliveira de Carvalho, acadêmicas do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Rede Amamenta Brasil: processo de implantação em Florianópolis/ SC, sob a ótica dos tutores”**.

Esse estudo é parte do Trabalho de Conclusão do referido curso de graduação e tem como objetivo avaliar o processo de implantação da Rede Amamenta Brasil em Florianópolis/SC, sob a ótica dos tutores. O referido projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina para a avaliação das questões éticas nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, solicitamos sua colaboração para participar desta pesquisa que será desenvolvida nas dependências das Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis. A coleta de dados para o estudo ocorrerá por meio de entrevista, com roteiro semiestruturado, que estará sendo gravada e será posteriormente transcrita, ficando este material guardado no domicílio das mesmas, assim como os arquivos de voz e as transcrições das entrevistas. Seguindo os princípios éticos da beneficência e da justiça, todos os procedimentos da pesquisa não resultarão em qualquer risco a vida, a integridade e a saúde dos participantes, sem qualquer tipo de discriminação. Asseguramos-lhe garantir a liberdade de desistir, a qualquer momento, a sua participação sem qualquer prejuízo, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras por telefone ou e-mail. Se você estiver de acordo em participar, podemos garantir que seu nome, bem como da instituição em que você atua e dos sujeitos envolvidos serão confidenciais, bem como as informações fornecidas e/ou materiais coletados só serão utilizadas neste trabalho. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, pode entrar em contato com as acadêmicas Ana Carolina Cunha e Larissa Graciele de Oliveira pelos telefones (48) 9638485, (48) 96362394, e/ou e-mail: krolizinhah@hotmail.com, larissagraciele_6@hotmail.com.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

O (a) pesquisador (a) principal do estudo / pesquisa / programa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Local e data.

Nome e Assinatura do sujeito.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Assinaturas

Pesquisadoras principais:

Ana Carolina Cunha

Larissa Graciele de Oliveira

Pesquisadora Responsável: Dr^a Evangelia Atherino dos Santos.

ANEXO A – Aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

PROJETO DE PESQUISA

Título: Rede Amamenta Brasil: fragilidades e potencialidades de sua implantação na cidade de Florianópolis, SC.

Pesquisador: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

CAAE: 01130312.4.0000.0121

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 21549

Data da Relatoria: 14/05/2012

Apresentação do Projeto:

Determinar através de entrevistas com tutores do projeto do MS da Rede Amamenta Brasi as fragilidades e potencialidades da implementação deste na cidade de Florianópolis, Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é identificar as fragilidades e potencialidades enfrentadas pelos tutores na implantação da Rede Amamenta Brasil em Florianópolis/SC e como objetivos secundários:

- ¿ Identificar o perfil dos tutores da rede amamenta Brasil do município de Florianópolis;
- ¿ Compreender como se dá o processo de implantação da Rede Amamenta Brasil;
- ¿ Identificar as principais fragilidades da implantação da rede;
- ¿ Identificar as principais potencialidades da implantação da rede;
- ¿ Discutir a prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem riscos aos sujeitos envolvidos na pesquisa (entrevista). O reconhecimento de aspectos operacionais do programa em Florianópolis pode ensejar melhora de sua aplicabilidade e resultados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entrevista estruturada com Tutores de Ensino do Programa Amamenta Brasil (32 em Florianópolis)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as normas atuais.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 14 de Maio de 2012

Assinado por:

Washington Portela de Souza

ANEXO B – Aprovação da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPISH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "Rede Amamenta Brasil: fragilidades e potencialidades de sua implantação na cidade de Florianópolis - SC" da pesquisadora responsável Evanguelia Kotziak Atherino dos Santos. Cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPISH.

Florianópolis, 07/03/2012

Márcia Sueli Del Castanheira
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde